FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 N° 14

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 novembre 1903, à 1 heure

PAR

René BENICHOU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

NÉVRALGIES FACIALES

D'ORIGINE DENTAIRE

Président : M. BRISSAUD *Professeur*

Juges : MM. JOFFROY, *Professeur*
GAUCHER, *Professeur.*
ROGER, *Agrégé*

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
	HUTINEL.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
	LANDOUZY.
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TERRIER
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des travaux anatomiques)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.		RICHAUD.	WURTZ
DUPRÉ.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CRUET

Médecin dentiste de l'Hôpital de la Charité
Ancien interne des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de clinique médicale
Médecin de l'Hôpital l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Une idée préconçue a longtemps dominé l'esprit médical dans l'interprétation des névralgies : c'est l'idée ancienne de leur caractère idiopathique, de la névralgie *in se* et *per se* ; cela n'a jamais signifié grand'chose et n'a pu caractériser que certaines névralgies se produisant sans cause apparente. Or, nous savons aujourd'hui que leur nombre est infiniment réduit, au point que la névralgie idiopathique, telle du moins qu'on se la représentait autrefois, a disparu du cadre nosologique.

Nous nous efforcerons de démontrer dans ce travail que la notion de l'origine dentaire des névralgies a contribué pour la plus grande part à cette disparition, et cela au grand bénéfice de la thérapeutique et des saines idées médicales.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à nos éminents maîtres qui ont bien

voulu guider notre instruction médicale, nos respectueux hommages et notre profonde reconnaissance.

Et d'abord, nous tenons à remercier notre cher maître M. le docteur Cruet, médecin dentiste des hôpitaux; c'est dans son service et sous son inspiration que nous avons entrepris ce travail ; nous avons constamment trouvé près de lui les conseils de l'expérience, et la bienveillante sympathie qui ne se lasse jamais ; aussi le remercions-nous très sincèrement, et n'oublierons-nous ni son enseignement, ni la bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Nous tenons à remplir un devoir, en rendant un profond et respectueux hommage à celui qui fut pour nous un maître aimé et admiré, au docteur Dreyfus-Brissac, que la mort vient d'enlever prématurement à l'affection et à l'admiration de tous ceux qui ont connu et apprécié cet homme de cœur et de haute valeur intellectuelle.

C'est à lui que nous devons la plus grande partie de nos connaissances médicales, et nous lui en conservons une infinie reconnaissance.

Nous sommes heureux d'avoir été l'élève de M. le professeur agrégé Campenon. Nous n'oublierons jamais son brillant enseignement, ses leçons si claires et si instructives faites chaque jour au lit du malade.

A M. le professeur agrégé Maygrier nous adressons nos plus sincères remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a enseigné la pratique des accouchements.

M. le docteur Valude a bien voulu nous admettre en qualité d'assistant dans son service de la clinique des

Quinze-Vingts ; c'est à lui que nous devons nos connaissances ophtalmologiques, et nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Que M. le professeur agrégé Lannelongue, MM. les docteurs Villemin, Comby veuillent bien agréer l'expression de nos remerciements.

Nous n'oublions pas nos premiers maîtres de stomatologie, M. le docteur Robin, médecin-dentiste des hôpitaux, et M. le docteur Bloch, dont maintes fois nous aurons à mettre à profit les sages conseils au cours de la carrière que nous allons remplir.

Nous prions M. le professeur Brissaud d'agréer nos plus humbles remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse ; nous tenons à lui en exprimer ici toute notre gratitude.

De l'origine dentaire dans les Névralgies faciales

Bien des travaux ont été entrepris sur la pathogénie des névralgies, et la question est cependant loin d'être résolue. Le titre de notre chapitre ne comporte pas une nouvelle discussion sur ce sujet. Toutefois nous n'avons pu nous empêcher d'être frappé par ce fait que si, dans les traités classiques de pathologie, les auteurs mentionnent les lésions dentaires comme pouvant donner naissance à de la névralgie faciale, ils ne leur assignent pas la place qu'elles méritent dans l'étiologie de cette affection.

Cela tient dans une certaine mesure à ce que l'odontologie a toujours été systématiquement écartée du cadre des sciences médicales, alors qu'elle s'y rattache par de nombreux rapports que les découvertes rendent chaque jour plus étroits et plus précis. En dehors de cette raison d'ordre général, l'anomalie que nous avons signalée reconnaît des causes plus directement en rapport avec notre sujet.

Certains auteurs (Walleix, Austie, Duval) ont pu,

avec une apparence de raison, nier la fréquence des névralgies d'origine dentaire en se basant sur ce fait que l'extraction des dents incriminées n'avait, dans certains cas, apporté aucun soulagement. Nous pensons, et nous nous efforcerons de le prouver, que cette conclusion ne peut être admise.

Souvent en effet les dents condamnées sont soit des chicots, soit des dents diversement atteintes, soit même des dents saines, alors que la vraie coupable très peu accessible à la vue, se dissimule dans le fond de la bouche, ne présentant aucune trace apparente de carie n'accusant souvent aucune sensibilité spontanée : D'où conclusion fausse, erreur d'autant plus facile à commettre pour le médecin, que ce dernier, n'ayant pas à sa disposition des moyens d'investigation sûrs, n'aura pu arriver à un résultat précis.

D'autre part le praticien sera souvent induit en erreur par le patient lui-même qui accusera de son mal et proscrira telle molaire, parce qu'il y aura ressenti de la douleur, ou parce qu'il aura mal localisé cette dernière.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons pu, en suivant les malades de la consultation dentaire, nous convaincre de cette vérité, que M. le Dr Grasset a si bien fait ressortir. Le médecin est rarement consulté pour des névralgies faciales, même tenaces, que le malade rattache lui-même à son affection dentaire. Ce dernier s'adresse à un dentiste qui soigne ou extrait la dent atteinte, et la douleur disparaît ; si bien que le nombre de névralgies, reconnaissant manifestement pour cause une lésion dentaire, passent ainsi inaperçues

Enfin il n'est pas jusqu'au caractère attribué *a priori* aux douleurs de dents, et qui n'était pas celui des névralgies telles du moins qu'on les concevait, qui n'ait contribué à entretenir l'erreur. Le caractère cyclique de la névralgie, ses points d'élection, sa définition générale ne cadraient pas avec l'idée de la douleur de dents. Et toutes les fois que le malade n'indiquait pas d'une façon précise une dent qui le faisait souffrir, le système dentaire était écarté.

Or c'était précisément dans ces cas que la névralgie, dans l'idée qu'on s'en faisait, revêtait ses caractères les plus particuliers, les plus idiopathiques ; et cela précisément parce qu'elle paraissait dégagée de toute lésion appréciable. La lésion dentaire n'était que dissimulée ou insoupçonnée, mais n'en existait pas moins : il s'agissit seulement de la découvrir.

Ces quelques lignes de Tomes viennent confirmer notre opinion.

« L'explication (de ces erreurs) selon moi n'est pas difficile ; elle consiste en ce que les cas les plus typiques de névralgie provoquée par des lésions dentaires, sont précisément ceux dans lesquels, en partie par suite de l'absence de toute douleur locale, en partie par suite de l'empire d'une notion erronée sur le sujet, les dents ne sont jamais soupçonnées.

Nous avons montré en effet que même dans les cas où les dents sont soupçonnées, le résultat peut être faussé, parce que le plus souvent le médecin n'est pas armé pour mener à bien sa recherche.

Nous avons vu d'autre part que dans certains cas, et

ils sont nombreux, la possibilité d'une origine dentaire n'est même pas entrevue. Or, dit Tomes « il n'y a qu'un examen attentif des dents qui puisse mettre le praticien à même d'arriver à un diagnostic exact ».

Et c'est en effet ce que nous voudrions bien établir en allant même plus loin et en essayant de montrer que bien des névralgies faciales, classées comme idiopathiques, ou attribuées à différentes causes d'ordre général, étaient, peut-être pour les unes, vraisemblablement pour les autres, dues à un état morbide de l'appareil dentaire.

Ceci nous amène à parler des nombreuses affections qui ont été incriminées pour expliquer la production d'une névralgie faciale. Nous le ferons brièvement et nous nous attacherons à montrer, en prenant au besoin quelques exemples, que dans bien des cas le praticien a été amené à mettre en cause telle ou telle maladie générale, telle ou telle lésion d'origine cérébrale, alors que la moindre recherche du côté de l'appareil dentaire aurait peut-être pu faire trouver une lésion justifiant amplement à elle seule l'apparition de la névralgie : et cela parce que systématiquement il n'aura pas opéré cette recherche ou bien parce que, faute de connaissances spéciales, il l'aura mal dirigée.

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet d'engager une nouvelle discussion sur la pathogénie des névralgies en général. Nous nous contenterons de rappeler en quelques mots où en est actuellement la question. La théorie purement centrale d'Austie ne semble pouvoir s'appliquer qu'à quelques cas isolés.

Vulpian, qui n'était pas loin d'admettre la théorie centrale, se rapprochait davantage de la vérité, lorsqu'il disait : « Et même dans les cas où la névralgie a évidemment pour cause première une lésion de la périphérie des nerfs, dans ceux par exemple où une carie dentaire, une altération du périoste alvéolo-dentaire ont donné naissance à l'affection douloureuse, on doit admettre je pense que souvent peu de temps après le début de cette affection, il se produit dans les centres nerveux ou plus strictement, pour les cas supposés, dans les noyaux d'origine du trijumeau, une modification morbide qui exalte à un haut degré l'excitabilité des éléments anatomiques de la substance grise. L'excitation transmise par ces fibres à leur noyau d'origine se propage aux foyers d'origine circonvoisins.... ; et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer l'irradiation de la névralgie dentaire par exemple à toute la moitié correspondante de la face. »

Nous opposerons à cette manière de voir le cas de Shuh qui pratiqua la résection du nerf sous-orbitaire chez un homme, lequel souffrait depuis quarante-et-un ans et guérit radicalement du fait de cette intervention. Comment interpréter ces faits : l'excitation périphérique, si la thèse de Vulpian était toujours exacte, n'aurait-elle pas, dans un si long espace de temps, provoqué une lésion centrale durable. La théorie de Vulpian s'adapterait surtout d'une façon particulière à cette variété de névralgie faciale à laquelle on a donné le nom de névralgie des édentés, et qui se confond si souvent avec le tic douloureux de la face. Bien que les irradiations n'existent pas dans ces névralgies, ainsi que l'a récem-

ment démontré le docteur Gillet dans sa thèse, on sait que dans le tic douloureux de la face, dont l'origine dentaire tend à s'affirmer de plus en plus, les traitements locaux dentaires, l'excision de certains nerfs, l'extirpation du ganglion de Gasser, échouent quelquefois ; ce qui tendrait à faire admettre une lésion centrale se repercutant à son tour dans l'étroite zone nerveuse, primitivement le siège de la lésion, bien que cette lésion ait elle-même disparu.

Ce que nous pouvons donc admettre, c'est que dans de nombreux cas, la thèse de Vulpian reçoit son application ; témoin l'observation II qui relate une névralgie faciale chez un vieillard édenté. L'examen anatomo-pathologique a fait découvrir en effet, outre une névrite périphérique qui constituait la lésion essentielle, quelques petites lésions des centres nerveux. Les exemples nous montrent en outre comment certaines névralgies, rattachées à l'origine à des lésions dentaires, ont pu subsister en dépit d'un traitement rationnel. C'est là un argument de plus à opposer à ceux qui prétendent se baser sur la persistance des phénomènes douloureux après un traitement approprié, pour nier la fréquence des névralgies d'origine dentaire.

La théorie périphérique a rallié la majorité des suffrages. Nous ne pouvons, car cela nous écarterait de notre sujet, exposer les théories de Weir Mitchel, d'Axenfeld. Nous croyons cependant devoir signaler plus particulièrement la théorie d'Arloing et Tripier, qui attribuent la production de certaines névralgies à l'existence de fibres nerveuses récurrentes. Cette récur-

rence des fibres expliquerait très bien les échecs fréquents de la névrotomie, et contribue puissamment à prouver l'origine périphérique des névralgies.

Cette origine périphérique étant établie pour la plupart des cas, passons brièvement en revue les différentes infections qui ont été incriminées dans les divers travaux que nous avons lus sur ce sujet.

Au premier rang de ces causes figurent l'hérédité, l'hystérie, l'arthritisme avec ses principales manifestations, rhumatisme, goutte, diabète, la tuberculose, le paludisme. Une place relativement minime est réservée aux affections dentaires. Et c'est ce que nous ne saurions admettre, persuadé qu'elles doivent tenir la première place dans l'étiologie de la névralgie faciale. Et tout d'abord nous voudrions établir une différence bien nette entre les causes *prédisposantes* et les causes *déterminantes*. Les auteurs eux-mêmes admettent cette division, et comprennent dans les dernières les traumatismes de toute sorte, l'inflammation de voisinage, la compression, le froid, l'abus fonctionnel. L'appareil dentaire, par sa situation, par son étendue, par le nombre d'éléments qui le composent, n'est-il pas exposé plus que tout autre organe à ces différentes atteintes?

Et la répercussion de ces troubles inflammatoires ou autres sous forme de névralgie, ne trouve-t-elle pas sa raison d'être dans les connexions intimes nerveuses, vasculaires, osseuses que présentent les dents avec les diverses régions de la face?

C'est là un point que nous développerons plus particulièrement dans la partie de cet ouvrage consacrée à la

pathogénie des névralgies dentaires. Qu'il nous suffise de le mentionner ici en tant qu'argument.

Nous sommes convaincu que l'affection dentaire constitue, dans la majorité des cas, la cause déterminante d'une névralgie faciale.

Or nous avons lu de nombreuses observations de névralgies faciales attribuées à l'hystérie, à la goutte, au rhumatisme, à l'anémie, au paludisme. Nous avons pu nous rendre compte que le plus souvent l'examen de la bouche n'était pas pratiqué ; nous sommes donc en droit de supposer pour les raisons énumérées plus haut, étant donnée la fréquence des affections dentaires, qu'on aurait peut-être découvert de ce côté la cause déterminante.

Dans certaines observations la possibilité d'une origine dentaire n'était même pas émise, l'auteur s'attachant surtout à établir des rapports étroits entre la maladie générale d'une part, qui pour lui constituait l'affection causale, et la névralgie d'autre part.

Dans d'autres observations les auteurs relevaient des lésions dentaires, mais ils négligeaient ces lésions, semblant préoccupés surtout de faire ressortir les liens qui unissaient la névralgie à la maladie générale en cause.

Nous reproduisons à titre d'exemple une observation que nous avons prise au hasard dans la thèse de M. Artières sur les névralgies hystériques.

« Louise T.., 15 ans » modiste, entrée à l'hopital en mars 1891. (Nous ne reproduisons pas ici la partie de cette observa-

tion consacrée à l'énumération des stigmates d'hystérie que la malade présente au complet.

Nous en arrivons aux névralgies.

« Ces névralgies n'apparaissent pas subitement, mais s'an-
« noncent toujours par un violent malaise, parfois il y a l'aura
« habituelle qui précède l'attaque hystérique.

« La malade éprouve une sorte de constriction au thorax, sa
« respiration devient gênée. Surviennent en même temps des
« palpitations, des battements dans les tempes, des bourdon
« nements d'oreilles, après quoi éclate la crise douloureuse.

« Celle ci dure habituellement 10 minutes, et quand elle dis-
« paraît, la malade a comme envie de pleurer et reste un cer-
« tain temps triste. La névralgie se montre toujours en dehors
« des attaques et ne semble pas avoir d'influence sur elles.

« Hémi-anesthésie droite complète, remontant jusqu'au som-
« met de la tête. Au moment de la crise névralgique et pen-
« dant toute sa durée, il y a hypéresthésie du côté droit de la
« face, principalement de la région sous-orbitaire. Cette sensi-
« bilité persiste encore peu après. Vue bonne, mais brouillée
« par moment. Goût, odorat, abolis à droite, pas de rétrécisse-
« ment du champ visuel.

Et le docteur Artières conclut :

« Notre observation n'est-elle pas concluante ? Nous avons
« présenté une jeune fille portant en elle tous les stigmates de
« l'hystérie, et qui, de plus, est atteinte de névralgies faciales
« extrêmement violentes occupant tout un côté de la tête, mais
« se localisant surtout au niveau du nerf sous-orbitaire et du
« filet temporal. Aucune maladie ne peut être invoquée comme
« cause de douleurs. Par contre, celles-ci revêtent une physio-
« nomie spéciale. Nous avons vu qu'elles se comportaient le
« plus souvent comme une véritable attaque convulsive, s'an-
« nonçant comme elle, par des battements dans les tempes,
« des bourdonnements d'oreilles, la sensation de boule et finis-
« sant aussi quelquefois comme elles. D'après ces caractères
« on ne saurait douter, croyons-nous, de la nature hystérique

« de ces névralgies, qui dans le cas présent n'étant pas sui-
« vies d'attaques convulsives, constituent à elles seules un pa-
« roxyme hystérique complet. »

Tout à l'heure nous discuterons ces conclusions ; nous voulons d'abord citer une autre observation de névralgie hystérique due au docteur Gilles de la Tourette, qui semble devoir servir à notre discussion.

« Adélaïde D...., 29 ans, se présente au mois d'avril 1889 à
« la consultation externe de la Salpêtrière pour une névralgie
« faciale qui la tourmente depuis plusieurs mois. Il y a deux
« ans elle a eu un abcès dentaire et consécutivement une con-
« tracture des masseters. Quelque temps avant cet abcès, elle
« avait déjà eu des névralgies dans la tête, analogues à celles
« qui la tourmentent aujourd'hui. Ces névralgies étaient te-
« naces, car elles duraient souvent 1 à 2 jours.

« Actuellement ces névralgies ont toujours lieu dans l'après-
« midi. Elles débutent dans la région postérieure de la tête dont
« la peau devient très sensible, s'accompagnent d'une sensa-
« tion de boule qui monte à la gorge, et se terminent souvent
« par des attaques convulsives caractéristiques. Celles-ci ont
« existé indépendamment des phénomènes névralgiques.

« En dehors de cette plaque douloureuse de la région occipi-
« tale, le reste de la tête est presque complètement anesthé-
« sique, avec conservation toutefois de la sensibilité à la tem-
« pérature. La pression de la fosse iliaque gauche est sensible.
« Œil droit normal. Œil gauche, rétrécissement concentrique
« 50 m. »

Certes nous ne pouvons préjuger en rien du résultat auquel on serait arrivé si on avait pratiqué méthodiquement l'examen de la bouche et si, incriminant les dents, ou leurs annexes, on avait confirmé cette hypothèse

par un traitement approprié. Nous ne pouvons remanier ces observations, n'ayant plus les malades à notre disposition. Mais ce qui ressort nettement pour nous de ces exemples c'est ce manque de préoccupation vis-à-vis d'une origine dentaire possible, si bien que dans la première observation elle n'est même pas entrevue, et que dans la deuxième elle est trouvée, mais proscrite avant même que d'avoir été incriminée. Cela vient de ce qu'on n'a pas pu faire la part de la cause prédisposante et de la cause déterminante.

Supposons un instant que le docteur Artières ait recherché, et découvert une lésion dentaire pouvant expliquer la névralgie. En quoi l'existence des stigmates de l'hystérie qu'il a relevés chez sa malade, en quoi la forme hystérique de la crise névralgique auraient-elles exclu une cause de déterminante, et plus spécialement une origine dentaire.

Quoi d'étonnant à ce que la névralgie produite par une lésion siégeant dans le voisinage se soit laissée influencer par une maladie générale, et se soit même adaptée par ses symptômes aux manifestations de l'hystérie ?

Quant à l'observation du docteur Gilles de la Tourette, elle ne contient, nous n'en pouvons douter, que des remarques très justes au point de vue de la forme hytérique de la névralgie ; mais le docteur Artières en conclue qu'elle est de nature purement hystérique et nous avons le droit d'exprimer des doutes à cet égard. D'après nous, et selon toute vraisemblance, l'hystérie constituait ici la cause prédisposante; l'abcès dentaire,

les lésions qui l'avaient précédé, les complications qui peut-être en étaient résultées, devaient entrer pour une certaine part dans l'apparition de la névralgie.

Le moment est venu pour nous de dire ce que nous entendons par cause prédisposante.

Bien que convaincu que la lésion dentaire puisse dans certains cas justifier à elle seule la production d'une névralgie, nous ne pouvons nier que la notion de terrain tienne souvent une grande place dans l'étiologie de cette affection.

Tel malade n'aura de névralgie reflexe due à un état morbide de l'appareil dentaire, qu'autant qu'il sera un nerveux, un prédisposé, un héréditaire, appartenant à la grande famille neuro-arthritique.

De même certaines maladies infectieuses, et plus particulièrement la tuberculose, le paludisme, peuvent constituer des causes prédisposantes. On a voulu voir dans ces affections la cause essentielle de la névralgie faciale, en se basant, pour l'affirmer sur ce que, le traitement par le sulfate de quinine, par exemple, dans les névralgies attribuées au paludisme, faisait souvent disparaître l'accès douloureux.

L'explication de ces résultats, et la réfutation de la conclusion qu'on en semble tirer, se trouvent nettement exposées dans ces quelques lignes de Tomes :

« Les malades atteints de la sorte reçoivent à un haut degré le contre-coup des diverses influences qui tendent à déprimer leur vigueur corporelle ; ainsi l'abstinence ou la diète prolongée, l'excès de fatigue, l'exposition au froid... etc., provoqueront ou aggraveront

singulièrement les paroxysmes ; et d'un autre côté ils sont éminemment susceptibles à l'action des médicaments tels que la quinine et la berberine. Une dose convenable de quinine ne manquera guère, dans ces cas, de donner du soulagement ; prise le soir une heure ou deux avant le retour de l'accès, elle le détournera généralement.

« Supposer que l'amélioration ou même la guérison temporaire indique que les dents ne sont pas en cause, est de toutes les sources d'erreur la plus féconde. En fait l'apparition dans une dent d'une légère douleur locale, qui peut même faire complètement défaut, ou d'une névralgie sympathique, n'est souvent qu'une question de disposition physique de la part du malade. »

Nous aurions pu multiplier à l'infini des exemples d'observations, dans lesquelles le rhumatisme, la goutte, le paludisme, la syphilis, etc., ont été successivement mis en cause, et où il apparaît le plus souvent qu'on n'a pas procédé à un examen complet du sujet : faute capitale selon nous et qui fait que nombre d'erreurs ont dû être commises.

Par contre il est absolument indispensable, avant d'affirmer pour une névralgie sa dépendance étroite vis-à-vis d'une lésion dentaire, d'éliminer toutes les causes d'erreurs telles que les maladies cérébro-spinales, les intoxications ; il est non moins indispensable de rechercher méthodiquement toutes les affections qui peuvent intervenir en tant que causes prédisposantes. Le traitement de ces dernières pourra en effet s'imposer.

L'hystérie devra occuper la pensée du médecin, de même pour les névroses en général, la goutte, le diabète, le rhumatisme, la tuberculose, la syphilis, le paludisme, très rarement des maladies aigues telles que la grippe, la rougeole, etc.

Il n'en reste pas moins vrai que dans la majorité des cas, soit que les lésions dentaires constituent la seule cause de la névralgie faciale, soit qu'elles n'en constituent que la cause occasionnelle, cette origine dentaire doit être recherchée avec le plus grand soin, car seule la notion de cette origine conduit à un traitement rationnel, simple et rapide tout à la fois, qui amène le plus souvent la guérison du malade, et met un terme à des souffrances parfois atroces.

Nous ne saurions donner à ce chapitre de meilleure conclusion que ces quelques lignes de notre maître M. le docteur Cruet, qui ont l'avantage de montrer combien la pathologie dentaire, en particulier dans les affections de la face, mérite désormais d'être prise en considération.

« Parmi les causes nombreuses qui peuvent déterminer des névralgies, on peut dire qu'aucune d'elles n'ont été mieux mises en lumière que celles qui proviennent des affections du système dentaire et de ses annexes, et nulle autre affection ne montre avec plus d'évidence quelle place les maladies des dents tiennent dans la pathogénie faciale, qui se confond si souvent, dans le cas actuel, avec la pathogénie dentaire elle-même. »

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'aborder la description de la névralgie faciale d'origine dentaire, nous croyons devoir établir quelques distinctions qui nous paraissent nécessaires.

Le tic douloureux de la face, névralgie épileptiforme de Trousseau, constitue une affection spéciale dont le principal caractère est de se manifester sous forme de crise convulsive et de s'accompagner de contractions toniques des muscles de la face.

Nous sommes convaincu que le tic douloureux est attribuable le plus souvent à des lésions dentaires nous rangeant en cela à l'avis de notre maître le docteur Cruet, et du docteur Gillet qui en a fait l'objet de sa thèse inaugurale (mars 1903). Disons pour en finir avec cette question que le docteur Gillet en fait une maladie reconnaissant le plus souvent une origine dentaire, et présentant tous les caractères anatomo-cliniques d'une névrite infectieuse.

C'est là une forme violente, terrible de la névralgie du trijumeau ; cette violence même de la douleur, les spasmes qui accompagnent les paroxysmes tendent à en

faire une maladie à part. Nous ne nous occuperons ici que des formes atténuées de la névralgie faciale, qui ne sont pas moins tenaces et sont certainement beaucoup plus fréquentes.

La description que nous pourrions en faire, ne devant rien présenter de particulier du moins au point de vue symptomatique, nous l'empruntons à l'article « Névralgie du Trijumeau » du traité de Debove et Achard.

« Cette affection est caractérisée, comme toute névralgie, par une douleur continue et par une douleur paroxystique, revenant sous forme d'accès.

Les accès sont parfois annoncés par une sensation mal définie de tension, de constriction, de fourmillement dans une moitié du visage, par des douleurs de dents mal localisées. Mais le plus souvent ils éclatent brusquement sans symptômes précurseurs. La douleur est ordinairement intense ; elle peut être atroce au point d'échapper à toute description. Le plus souvent le malade la compare à celle que produirait une série de coups de canif, un fer rouge plongés dans les chairs, une décharge électrique qui sillonnerait la face à la façon d'un éclair.

La violence des secousses douloureuses arrache des cris au patient, lui fait prendre les postures les plus singulières, et provoque chez lui les contorsions et les grimaces les plus bizarres. Certains cherchent un soulagement dans l'emploi de divers artifices : l'un applique fortement son mouchoir sur le côté affecté ou comprime avec sa main, les points les plus douloureux ; un autre frotte énergiquement la moitié de son visage jusqu'à la

faire saigner, d'autres encore serrent fortement les mâchoires, grincent des dents, ou appuient fortement leur tête contre un corps dur. Le visage revêt l'expression des grandes douleurs et du désespoir (1).

L'acuité de la souffrance augmente jusqu'à l'apogée de l'accès. Au bout de quelques minutes, d'un quart d'heure, dans les cas récents, celui-ci se calme, puis disparaît ne laissant après lui qu'une sensation d'épuisement ou bien un endolorissement local qui n'est rien en comparaison de la douleur paroxystique. Lorsque la névralgie est ancienne la durée des accès est habituellement plus longue ; elle peut atteindre une heure et plus.

La fréquence des paroxysmes varie dans chaque cas ; ils reparaissent tous les jours, ou plusieurs fois par jour, et souvent avec une certaine périodicité. On a compté jusqu'à cent accès dans les vingt-quatre heures.

Les excitations les plus légères des téguments de la face suffisent parfois à en amener le retour.

Chez certains malades, l'excitation provocatrice est toujours la même : aussi l'évitent-ils avec une véritable terreur : c'est tantôt un courant d'air, tantôt le contact de l'eau froide ou du rasoir, la mastication, le bâillement, l'éternuement, plus rarement une émotion, une lumière vive ou un bruit intense. L'articulation des sons est souvent pénible et la parole embarrassée ; car, dans la

(1) L'emploi de l'eau glacée calme momentanément la douleur qui reprend parfois avec plus de violence : ce fait indique l'origine dentaire certaine de la névralgie surtout lorsqu'il existe de la pulpite.

crainte de réveiller la douleur, le malade n'ose mouvoir sa langue ni contracter les muscles de la face.

Pendant les accès, et moins manifestement dans leur intervalle, il existe des points douloureux sur le trajet des branches du trijumeau. Les trois principaux sont situés à peu près sur une même ligne verticale, à savoir au niveau du trou mentonnier, du trou sous-orbitaire, et de l'échancrure sus-orbitaire.

Les irradiations sensitives sont très communes dans la névralgie de la face. Il est rare que, dans les crises un peu violentes la douleur ne s'étende pas à la région cervicale postérieure, au creux sus-claviculaire, à l'épaule ou bien à des territoires nerveux encore plus éloignés, aux espaces intercostaux et même aux extrémités. Les irradiations douloureuses franchissent parfois la ligne médiane et se font sentir dans les branches du trijumeau du côté opposé.

Dans l'intervalle des accès, les téguments de la face restent hyperesthésiés ; ils sont parfois ainsi que les muqueuses correspondantes (gencives, langue), le siège de fourmillements et de picotements. Les dents, les bulbes des poils et les cheveux sont eux-même hyperesthésiés. Il est plus rare que la sensibilité cutanée soit émoussée : l'anesthésie ne survient guère qu'à la longue dans les cas invétérés ou dans les névralgies faciales accompagnées de zona.

On observe souvent de la photophobie ; mais à part ce phénomène, les sens spéciaux sont rarement atteints. On a, cependant, signalé de l'amblyopie passagère, et, par exception, des bourdonnements d'oreilles et des

troubles de goût. Les névralgies faciales invétérées peuvent s'accompagner à la longue d'une surdité grave qui a été attribuée à la production exagérée de liquide intra-labyrinthique, sous l'influence de poussées congestives spéciales : c'est le glaucome auriculaire ou surdité névralgique de Gellé. Pour d'autres, il s'agissait d'une ostéo-périostite névralgique aboutissant à une ostéo-sclérose de la caisse.

La névralgie de la cinquième paire est de toutes les névralgies celle qui provoque le plus souvent des troubles moteurs, vaso-moteurs, secrétoires et trophiques.

Les troubles moteurs se bornent ordinairement à quelques mouvements spasmodiques des commissures à un léger degré de blépharospasme au moment des accès. Parfois cependant les secousses sont assez violentes pour produire dans la moitié correspondante du visage des contorsions qui rappellent celles du tic convulsif. Les contractions sont rarement toniques. Elles ne se montrent presque jamais dans les muscles innervés par la branche motrice du trijumeau (muscles masticateurs). Elles s'étendent parfois aux muscles de la langue, exceptionnellement à ceux du tronc ; on a noté des spasmes cloniques du voile du palais. Chez les hystériques les accès douloureux peuvent être l'origine d'attaques convulsives : mais il s'agit alors de phénomènes d'un autre ordre. Les troubles paralytiques (ptosis, strabisme, paralysie faciale, paralysie des muscles masticateurs) qui ont été parfois signalés représentent des complications accidentelles ou relèvent de la même cause que la névralgie ; ils ne sont pas sous sa dépen-

dance. Nuls dans l'intervalle des accès, les troubles vaso-moteurs se dessinent dès le début de ceux-ci, croissent ensuite jusqu'à l'apogée de la douleur et disparaissent avec elles. Le visage souvent pâle au commencement du paroxysme, devient bientôt plus ou moins rouge.... L'élévation de la température locale, les battements de la carotide, de la faciale et de la temporale accompagnent communément les crises douloureuses. Une ou deux fois on a assisté au développement de plaques dures, douloureuses, ressemblant à des noyaux d'induration du tissu cellulaire sous-cutané.

La cinquième paire innervant presque toutes les glandes de l'extrémité céphalique, les troubles secrétoires qui se produisent au cours de sa névralgie sont nombreux et variés. Ils s'observent surtout au cours des accès. L'augmentation de la sécrétion lacrymale est fréquente : elle s'explique par l'excitation réflexe des fibres sécrétoires contenues dans le nerf lacrymal (branche ophtalmique), ainsi que dans le rameau orbitaire (nerf maxillaire supérieur et destinées à la glande lacrymale.

Parfois les malades accusent un afflux de liquide salé dans la bouche ; cette hypersécrétion salivaire a été attribuée à l'irritation réflexe de la corde du tympan et du ganglion sous-maxillaire par l'intermédiaire du lingual. On a noté une réaction acide dans la moitié de la bouche du côté malade. Les modifications de la sécrétion nasale sont plus rares.

Les troubles trophiques siègent sur la peau ou dans les parties profondes. Ils appartiennent principalement aux cas graves. Les altérations nutritives des cheveux,

de la barbe et des sourcils se traduisent le plus souvent par leur chute du côté de la névralgie.

L'herpès est fréquent sur les diverses branches du trijumeau, en particulier sur la première (zona-ophtalmique). Il se localise, suivant les cas, à la peau du front, aux paupières, à la conjonctive et à la cornée, aux téguments de l'aile du nez ou des lèvres, à la langue, à l'isthme du gosier, à la muqueuse de la face interne des joues et des gencives.

On a signalé l'hypertrophie de la peau du visage, ou moins rarement, son atrophie, son induration (hémiatrophie faciale, sclérodermie), son aspect luisant, l'accroissement anormal du tissu graisseux sous-cutané, et même l'hypertrophie des os de la face. Une difformité persistante du visage est la conséquence de ces différents troubles. Ceux-ci surviennent surtout à la suite des névralgies violentes, invétérées, et probablement quand le nerf est atteint de névrite, que les lésions siègent en deçà ou au delà du ganglion de Gasser, c'est-à-dire contrairement à ce qu'on avait jadis supposé, même lorsque ce dernier ne participe pas à la lésion.

Les phénomènes psychiques et les symptômes généraux font défaut dans les cas légers ; dans les conditions inverses, la persistance et l'intensité des douleurs créent chez le malade un état d'irritabilité excessive, ou, au contraire, un état de dépression ou de mélancolie accompagné de dégoût de l'existence et d'idées de suicide, qui plus d'une fois ont été mises à exécution.

D'autre part la privation de sommeil, la perte de l'ap-

pétit, et les troubles digestifs qu'entraîne la névralgie conduisent le patient à l'épuisement et au marasme.

Variétés de siège. Il n'est pas rare que la névralgie occupe le territoire du trijumeau (névralgie totale); même lorsque ce cas se présente, il est habituel que les élancements prédominent sur l'une des branches.

Le plus souvent l'affection se limite à l'une des branches sensitives de la cinquième paire ou à deux d'entre-elles (névralgies partielles). Celles-ci ne sont pas atteintes avec une égale fréquence : le nerf maxillaire supérieur est le plus souvent affecté, vient ensuite la branche opthalmique et particulièrement son rameau, sus-orbitaire, le maxillaire inférieur est le moins souvent touché. Le rameau récurrent (dure-mère) les filets auriculaires (peau du conduit auditif externe et du pavillon), le nerf lingual sont pris exceptionnellement.

Voici le tableau des points douloureux dans l'ordre de distribution anatomique :

Névralgies de la branche ophtalmique.

1° Le point sus-orbitaire qui correspond à l'échancrure sus-orbitaire par laquelle le nerf frontal externe sort de l'orbite.

C'est le point douloureux le plus constant. C'est presque la seule variété de névralgie faciale observée chez les enfants.

2° Un point palpébral, à la partie externe de la paupière supérieure, lieu d'émergence du lacrymal.

3° Un point nasal, au dessous de l'angle interne de l'œil.

4° Un point naso-lobaire, correspondant à l'épanouis-

sement d'un filet du rameau ethmoïdal dans le lobule du nez.

5° Enfin on a signalé un point douloureux sur la bosse frontale, (Trousseau) et un autre sur la bosse pariétale.

6° Un point oculaire qui comprend le globe oculaire lui-même.

Névralgie du nerf maxillaire supérieur.

1° Un point sous-orbitaire, dans le sommet de la fosse canine, lieu d'émergence du nerf de ce nom.

2° Un point malaire sur la pommette, dans le point où le filet temporo-malaire du nerf orbitaire, traverse l'os malaire pour aller s'épanouir dans les téguments.

3° Point dentaire supérieur (autant de points qu'il y a de dents dans la mâchoire supérieure).

On a décrit chez les vieillards privés de dents une forme spéciale de névralgie occupant le rebord alvéolaire, principalement à la mâchoire supérieure.

Cette névralgie alvéolaire serait due à l'irritation des filets nerveux par le tissu osseux condensé en ce point. Dans plusieurs cas la guérison définitive n'a pu être obtenue que par la résection.

Nous verrons dans le chapitre que nous consacrons à la pathogénie, qu'il y a lieu de faire une place à l'injection dans l'origine de ces névralgies des édentés.

« Névralgies du maxillaire inférieur.

1° Un point mentonnier, lieu d'émergence du nerf dentaire inférieur.

2° Un point auriculo-temporal, au devant et un peu au-dessous du tragus, à l'endroit où le nerf auriculo-temporal, après avoir traversé la parotide, contourne le

col du condyle pour aller se distribuer à la tempe et au pavillon.

C'est l'existence de ce point auriculo-temporal qui donna naissance au traitement « de rebouteur », qui consiste à couper, à son passage près du tragus, le nerf auriculo-temporal. Ce singulier traitement qui a pu produire quelque effet passager, n'est pas à préconiser. Cela n'a pas plus d'importance, tout en étant plus grave, que de conseiller à un névralgique de se pincer fortement le bout de l'oreille pour calmer sa douleur, le pincement n'agit qu'en déterminant momentanément une douleur plus forte ou plus aiguë qui efface celle de la névralgie.

3° Un point dentaire inférieur (autant de points qu'il y a de dents dans la mâchoire inférieure).

4° Un point labial supérieur.

5° Un point lingual.

6° Un point labial inférieur, voisin du point mentonnier.

Avant de terminer ce chapitre, nous tenons à faire une remarque importante relative à la névralgie sus-orbitaire, qui ressort d'un grand nombre d'observations et sur laquelle notre maître le docteur Cruet a bien voulu attirer notre attention. Une névralgie sus-orbitaire apparaissant isolément, sans avoir été précédée dans des accès antérieurs de points douloureux différents, reconnaît rarement pour cause une lésion dentaire.

Cette petite restriction étant bien établie, nous admettons que les névralgies d'origine dentaire peuvent se localiser dans un ou plusieurs points à la fois, réappa-

raissant chez un même individu avec un certain caractère de périodicité, soit au niveau des mêmes foyers, soit, le plus souvent, dans des points qui varient d'un accès à l'autre.

Cette progression dans la localisation des phénonènes douloureux, ces irraditions successives ne font que traduire l'extension aux différentes branches du trijumeau d'une névrite ascendante, reconnaissant, comme nous nous attacherons à l'établir, une origine infectieuse.

ETIOLOGIE.

Nous adopterons comme classification des causes d'origine dentaire pouvant donner lieu à des névralgies, une classification basée sur l'évolution physiologique des dents et sur les différents états morbides qu'elles peuvent présenter.

1. — CAUSES PHYSIOLOGIQUES

Première et deuxième dentition. — On a beaucoup discuté sur les maladies de la première dentition, au premier rang desquelles on a coutume de placer les troubles gastro-intestinaux, des mouvements fébriles, des phénomènes nerveux et convulsifs, etc.

On a, dans certains cas, relevé des lésions oculaires qui accompagnent si souvent les névralgies dentaires. Nous ne pensons pas que ces dernières aient pu être constatées, c'est du moins ce qui résulte des nombreuses recherches que nous avons effectuées.

Il y a lieu cependant de faire ici une réserve. Il semble

aujourd'hui démontré qu'il n'y a guère, à proprement parler, d'accidents de dentition. L'éruption physiologique des dents ne doit pas produire plus d'accidents que l'allongement des os ou la soudure des épiphyses. Mais l'éruption pathologique des dents peut se produire à la première de même qu'à la seconde et à la troisième dentition. Or, si elle ne donne jamais lieu à des névralgies, elle détermine souvent de la douleur et de l'inflammation momentanée pour des causes et par un mécanisme qui ont été bien mis en évidence par M. le docteur Cruet (Revue de Stomatologie). Encore quand nous disons que l'éruption pathologique des dents de la première dentition ne donne pas lieu à de la névralgie, nous faisons une affirmation qui n'est pas certaine, car il nous est assez difficile de connaître exactement le caractère de la douleur qu'éprouvent les jeunes enfants souffrant de l'éruption de leurs dents.

Troisième dentition. — Par contre la troisième dentition ou éruption de la dent de sagesse donne quelquefois lieu à des névralgies. Nous avons lu une observation de Duplay dans laquelle l'évolution vicieuse de deux dents de sagesse s'accompagnent de phénomènes inflammatoires et douloureux à distance du côté de la tempe, de la joue droite, de l'œil et de l'oreille. L'excitation périphérique du trijumeau retentit donc sur tout un côté de la face.

Duplay arrivait à reproduire chez son malade tous ces phénomènes douloureux en opérant des attouchements de la joue ; d'où il semble résulter que les fibres sensitives de la joue étaient le point de départ du réflexe;

mais il n'en est pas moins vrai que l'éruption vicieuse de la dent de sagesse était la cause des névralgies.

Dans d'autres cas la dent de sagesse n'est pas sortie de son alvéole. Resserrée entre la deuxième grosse molaire d'une part, la branche montante du maxillaire inférieur ou la tubérosité du maxillaire supérieur, d'autre part, elle provoque des douleurs névralgiques excessivement vives. C'est là un de ces cas obscurs auxquels nous faisions allusion dans notre premier chapitre et pour lesquels il sera nécessaire de pratiquer un examen méthodique si l'on veut arriver à un diagnostic exact.

La radiographie pourra nous être ici d'un précieux secours, car elle nous permettra de découvrir les dents entystées dans la mâchoire.

Névralgie due à la calcification de la pulpe, exagération d'un phénomène physiologique

La calcification de la pulpe est un phénomène physiologique. Chez l'enfant la pulpe organe de secrétion de la dentine est volumineuse, mais à mesure que le sujet avance en âge, toutes choses normales d'ailleurs, elle dépose à sa périphérie une couche de plus en plus épaisse de tissu dentigène : il arrive parfois, grâce à une secrétion trop abondante, que la pulpe se trouve enserrée dans ses propres filets.

Il se produit alors que les filament nerveux sont comprimés par la dentine, d'où irritation périphérique qui retentit à distance sous forme de névralgies plus ou moins intenses.

Ces phénomènes douloureux seront d'autant plus

accentués que plusieurs dents auront présenté à la fois cette complication.

Extérieurement, et à un examen superficiel, rien ne pourra faire prévoir la véritable origine de la névralgie. L'âge avancé du malade devra nous y faire penser. Mais c'est là une notion bien vague, et l'on comprend que nombre d'erreurs aient pu être commises. Peut-être la radiographie pourrait-elle encore ici nous rendre des services en nous permettant de reconnaître des pulpes calcifiées.

2° CAUSES PATHOLOGIQUES

Différents états morbides de l'appareil dentaire

a) *Carie dentaire.* — La carie dentaire, terme vague, dit Magitot, car il semble assimiler la dent au tissu osseux, s'applique à toute destruction de la dentine, depuis la simple dénudation de l'émail jusqu'à l'ouverture de la cavité pulpaire et la destruction du paquet vasculo-nerveux. On a divisé la carie en quatre degrés, mais cette division ne répondant à rien de précis, nous ne l'utiliserons pas dans notre court exposé. Nous allons indiquer dans ses grandes lignes le processus morbide de cette affection.

Lorsque la cuticule et l'émail se trouvent mis à nu les microorganismes et les débris organiques qui pullulent dans la bouche viennent se déposer sur *cette ulcération* et produisent des toxines et des fermentations qui attaquent la dentine.

Quelquefois le travail de défense ne se faisant pas

assez vite, la dentine est complètement détruite, la pulpe mise à nu, et l'infection peut se propager ainsi jusqu'à l'alvéole et l'os maxillaire lui-même.

Ce processus suraigu constitue plutôt l'exception. Le plus souvent la pulpe, sollicitée par l'irritation et l'infection légère de la dentine, réagit en produisant une nouvelle couche de tissu dentigène, laquelle s'oppose à l'envahissement immédiat de l'infection définitive.

Cette première forme si fréquente de l'atteinte pulpaire, correspondant à la défense de la pulpe contre l'infection, à la lutte engagée entre les éléments infectieux et un organe essentiellement nerveux, véritable organe de tact, est celle qui, d'après M. Cruet, donne le plus souvent lieu à de la névralgie. Il serait assez difficile d'expliquer cette extrême sensibilité de la pulpe dentaire, et sa réaction violemment douloureuse aux moindres atteintes traumatiques ou infectieuses. Il faudrait être cause-finalier obstiné pour y reconnaître une nécessité de défense physiologique et d'avertissement d'un danger pour la conservation de l'individu. La vérité est que cette sensibilité spéciale ne semblait pas nécessaire, et comme l'a fait remarquer M. Cruet, se trouve être absolument disproportionnée au rôle physiologique et mécanique des dents. Mais cette extrême sensibilité est un fait patent, qui explique admirablement que la pulpe soit le terrain de culture des névralgies et leur véritable lieu d'élection.

Il se peut que la réaction opposée par la pulpe aux éléments infectieux soit assez énergique et assez rapide pour enrayer le mal, surtout si une hygiène appropriée

est mise en œuvre : dans d'autres cas, elle ne réussit qu'à en retarder les progrès, si bien que l'infection pourra mettre fort longtemps avant d'arriver à la cavité pulpaire.

Dans une première phase, on constatera l'irritation de la couche superficielle de la dentine. Or cette couche étant très riche en éléments nerveux, il n'y a rien d'étonnant à ce que des caries profondes soient le point de départ de phénomènes réflexes et spécialement de névralgies.

Il nous est souvent arrivé de voir des névralgies intolérables engendrées par des caries superficielles. Nous en avons présenté nous-même un exemple typique.

Après une seconde phase où l'irritation de la couche moyenne de la dentine se traduira par des troubles peu accentués, la couche interne sera elle-même détruite, et la pulpe mise à nu sera bientôt lésée.

Cet envahissement pulpaire prendra à son tour une forme aiguë ou une forme chronique. Dans le premier cas elle se traduira par des douleurs intolérables localisées dans la dent, qui s'irradieront plus ou moins loin, auxquelles on a donné le non caractéristique de rages de dents, bien distinctes des névralgies.

La rage de dents est souvent la terminaison naturelle et comme l'épanouissement de la période névralgique dont elle marque la fin, en tant que névralgie. La lutte a cessé : la pulpe est détruite, une nouvelle période commence.

Dans la forme chronique, l'invasion septicémique se fera lentement, retardée dans sa marche par un travail

de défense phagocytaire, et aboutira au bout d'un temps variable à la gangrène de la pulpe.

Ces lésions inflammatoires dans leurs différentes formes et dans les diverses phases de leur évolution, pourront donner lieu à des complications parmi lesquelles nous ne retiendrons que les névralgies.

La lecture de nos observations auxquelles nous renvoyons le lecteur, nous montre combien sont fréquentes ces névralgies faciales causées par la carie dentaire. On y trouvera des exemples de tous les degrés que nous avons mentionnés, on y relevera des cas différents suivant que les phénomènes douloureux auront été ressentis du côté homonyme, ou au contraire du côté hétéronyme à la lésion.

La névralgie coïncide quelquefois avec une douleur au niveau de la dent atteinte ; dans d'autres exemples, le malade aura ressenti dans ses dents gâtées des douleurs plus ou moins vives, à une époque plus ou moins éloignée, pour l'instant elles sont insensibles spontanément, parfois même à la pression. Autant de raisons qui font accepter difficilement au malade un traitement dentaire. Autant de raisons pour que, seul, un examen rigoureux et méthodique puisse faire découvrir la véritable cause de la névralgie.

La lecture de certaines de nos observations nous montre en outre que certains sujets sont des hystériques, des débilités, etc... en un mot des prédisposés : détail intéressant si nous nous reportons à ce que nous avons dit dans le premier chapitre de cet ouvrage.

b) *Périostite alvéolo-dentaire.* — Nous avons vu com-

ment le processus de la carie peut être arrêté spontanément par la production de dentine secondaire, ou par un traitement approprié. Il peut, dans certains cas, après avoir détruit la pulpe poursuivre sa marche envahissante. L'ostéo-périostite est constituée. Rarement, en effet cette dernière est primitive.

La périostite alvéolo-dentaire peut affecter une marche aiguë ou chronique. Aiguë elle se traduit par une douleur intense et du gonflement ; la suppuration envahit les tissus ambiants et décolle le périoste environnant. Chronique, qu'elle le soit d'emblée, ou qu'elle succède à une forme aiguë, elle se manifeste par une douleur très légère à la pression, par une suppuration lente, par la production de trajets fistuleux.

Nous devons parler ici d'une manifestion particulière ou plutôt d'un mode de terminaison de la périostite chronique, qui est l'abcès sous alvéolaire chronique. Ce petit abcès, qui renferme une gouttelette de pus, distend l'alvéole qu'il n'a pas encore traversée, et la soulève ; il est souvent perceptible extérieurement sur la gencive, où la pression le révèle au niveau de l'apex, en provoquant une douleur plus ou moins vive ; souvent aussi il n'est pas perceptible extérieurement et n'est point douloureux à la pression qui ne l'atteint pas parce qu'il est trop profond.

Les névralgies qu'il engendre sont très intermittentes et correspondent à des velléités de passage de l'état chronique à l'état aigu ; il se forme alors un abcès très douloureux qui traverse l'alvéole, la gencive, et aboutit extérieurement, s'il doit aboutir. Ces petits accès qui

précédent les gros accidents sont essentiellement producteurs de névralgies. Ces accidents ont pour centre de production le petit saccule qu'on trouve si souvent appendu à l'extrémité des racines. Les crises névralgiques qui apparaissent sans cause apparente correspondent à des poussées aiguës d'infection dans le saccule; ces poussées aiguës sont dues elles-mêmes à l'apport, par les canaux de la dent, de divers éléments infectieux, à l'arrivée de l'air, ou au contraire à la fermeture accidentelle des canaux, suivant la nature des éléments infectieux contenus dans le saccule.

Nous voyons donc que parmi les nombreuses complications engendrées par l'ostéo-périostite les névralgies faciales tiennent une place importante.

Signalons en passant la fréquence des cas où ces dernières coïncident avec des phénomènes inflammatoires et infectieux du côté de l'œil, lesquels sont manifestement dus, tout comme les névralgies, à des lésions dentaires et ostéo-périostiques de l'alvéole. Le moment n'est pas venu pour nous de discuter l'origine purement réflexe ou la nature infectieuse des différents troubles. Nous le ferons dans le chapitre suivant qui sera consacré à la pathogénie. Qu'il nous suffise de constater que la périostite alvéolo-dentaire est une cause fréquente de névralgies faciales.

Ici les troubles sensitifs que provoquent la névralgie ne dérivent pas de l'irritation du paquet pulpaire qui est détruit, mais de l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire très riche en éléments nerveux.

Comme lorsqu'il s'agit de la pupille, la névralgie se

produit surtout au début de l'affection, c'est-à-dire à la période qui traduit une lutte entre les éléments périostiques et l'infection. Quand la périostite aiguë est constituée, la névralgie proprement dite tend à disparaître pour faire place à d'autres phénomènes morbides : violente douleur locale, fluxion, abcès, etc... ; tous symptômes qui marquent souvent la fin de la névralgie et la constitution d'un nouvel état pathologique.

c) *Pyorrhée alvéolaire.* — Nous croyons utile de développer certains points de vue en ce qui concerne les névralgies dues à la pyorrhée alvéolaire, laquelle n'est qu'une forme de l'ostéo-périostite.

La névralgie est due quelquefois à l'atteinte directe de la pulpe au niveau de l'apex lorsque le décollement gingival, la résorption alvéolaire ont amené les éléments infectieux jusqu'au sommet de la racine. Il se forme alors une sorte de pulpite centripète qui, avant de se déterminer d'une façon violente, donne lieu à des névralgies souvent atroces et prolongées.

Une autre complication de la pyorrhée peut donner naissance à des névralgies. Il arrive que dans sa marche envahissante entre la gencive et la face extérieure des dents, l'infection se localise plus particulièrement sur un point, s'y arrête et produise de véritables petits abcès qui s'ouvrent sur la gencive. La période qui commence au début de la formation de ces abcès et finit à la suppuration, est souvent occupée par des phénomènes névralgiques ; mais il y a toujours en même temps douleur locale. C'est là une complication surtout

fréquente au niveau des grosses molaires supérieures (racine interne).

B) En dehors de la carie et de l'ostéo-périostite, qui constituent les causes les plus fréquentes de névralgies dentaires, nous devons parler d'autres états morbides qui, s'ils sont plus rares et par suite moins importants au point de vue étiologique, sont intéressants à bien des points de vue.

La plupart de ces lésions, dont nous allons faire un court exposé, sont en effet assez délicates à diagnostiquer et cela parce qu'on songe rarement à les incriminer, surtout dans les cas de névralgies faciales.

L'âge a son importance : nous avons vu déjà comment la calcification sénile de la pulpe devait être recherchée.

d) *Usure des dents par attrition vicieuse.* — Il est un autre genre de névralgie que l'on rencontre chez les vieillards et qui est dû à l'usure des dents, par suite d'une attrition vigoureuse et vicieuse. Mais laissons parler le docteur Rosenthal qui expose très clairement ces cas de névralgie.

« Normalement les dents molaires diminuent de longueur par l'usage, mais cette diminution peut être exagérée chez les sujets qui mangent plus ou moins à la façon des rongeurs, c'est-à-dire en faisant glisser les mâchoires l'une sur l'autre. Chez les rongeurs la nature a obvié à cet inconvénient en donnant anx dents telle conformation physiologique qui permette à la dent de récupérer par en dessous la quantité de tissu qui lui est enlevée au dessus. Mais chez l'homme, cela n'est pas le

cas; toute partie de dent enlevée, soit par usage, traumatisme ou carie, est définitivement perdue.

Lorsque l'attrition est défectueuse, soit par suite d'une conformation anormale, soit par habitude, l'épaisseur des tissus durs protégeant la pulpe diminue promptement, l'émail est bientôt dépassé, et la dentine mise à découvert. L'irritation qui en résulte est transmise par les fibres de la dentine à la pulpe. Celle-ci secrète une quantité de dentine plus considérable et l'organe est alors comprimé entre ses parois devenues trop petites pour le contenir.

Cette compression produit alors les phénomènes douloureux dont nous avons parlé, et cependant, en dehors de cet aplatissement des surfaces triturantes, rien ne vient signaler à l'aspect extérieur des dents l'état pathologique dans lequel se trouve la pulpe. »

e) *Traumatismes*. — Il se peut qu'une ou plusieurs dents soient le siège de traumatismes ; parfois il s'agit de simples fissures telles que celles dont sont atteintes les femmes qui ont l'habitude de couper le fil avec les dents ; d'autres fois la dent reçoit un choc suffisant pour que la nécrose de la pulpe en soit le résultat.

Cette nécrose pulpaire peut ne se manifester que par un changement de coloration de la dent, elle peut aussi, sous l'influence d'un état général, d'une grossesse, engendrer une irritation des nerfs de l'apex, irritation latente qui se traduit quelquefois par des névralgies à distance.

Cette cause de névralgie échappera forcément à un

examen superficiel : le changement de coloration d'une dent devra éveiller l'attention du médecin.

f) *Tartre séreux.* — La présence de tartre séreux sous le bord libre du la gencive pourra passer inaperçue ; et cependant elle provoquera à la fois une excitation de la muqueuse gingivale et une dénudation du cément fort sensible à tout contact irritant : la névralgie pourra être le résultat de ces irritations. L'observation nous en fournit un exemple caractéristique.

g) *Déchaussement des dents.* — Le déchaussement des dents dénote d'abord une maladie de la membrane alvéolo-dentaire ; d'autre part il met à nu une partie plus ou moins grande des racines. Or, le cément ne peut, par sa constitution, protéger suffisamment la dentine contre les atteintes des changements thermiques des acides organiques, des solutions irritantes, des débris septiques. Aussi le déchausement d'une ou plusieurs dents peut-il être le point de départ, pour ces deux raisons, de douleurs névralgiques très intenses. Il nous a été donné l'année dernière d'en observer un exemple frappant chez un malade qui souffrait atrocement depuis près d'un an de crises névralgiques caractéristiques. Ces dernières ne cédèrent qu'à l'extraction de trois dents fortement déchaussées.

h) *Exostose des racines. Excémentose.* — On a souvent constaté des cas d'exostose radiculaire localisée dans une ou quelques dents, où même généralisée dans toute la mâchoire. Ces excémentoses produisent la dilatation de l'alvéole, la compression des extrémités

nerveuses qui y sont contenues, et provoquent ainsi des névralgies.

L'observation V, nous donne un exemple de ces exostoses généralisées à toutes les racines où il fallut, pour faire disparaître les phénomènes douloureux, recourir à l'avulsion de toutes les dents, procédé barbare auquel nous comprenons que l'on se soumette difficilement. Heureusement les cas de ce genre sont très rares, et le traitement des névralgies d'origine dentaire est presque toujours très simple.

i) *Névralgies des édentés.* — En 1870, Gross, de Philadelphie, signalait plusieurs observations de névralgies rebelles chez des édentés, attribuées par lui à la compression des filaments nerveux de l'alvéole par le tissu osseux alvéolaire de nouvelle formation.

Le traitement chirurgical consistant dans l'ablation de parties plus ou moins étendues du rebord alvéolaire, venait confirmer cette manière de voir, par le soulagement immédiat qu'il engendrait.

Le docteur Cruet, dans son livre *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*), fait justement remarquer que le plus souvent la chute simultanée de toutes les dents ou de tout un groupe de dents est due à la pyorrhée alvéolaire : or cette dernière affection est manifestement infectieuse, de plus cette infection est gingivale et sous-gingivale.

Le docteur Cruet en conclue que les causes des névralgies chez les édentés se trouvent, pour de nombreux cas, dans le tissu gingival ou les tissus mous.

Cette notion est très importante à connaître, si l'on

pense que très souvent un traitement gingival pourra réussir : ce n'est que dans les cas où il aura échoué, que l'on devra avoir recours à la résection d'une partie du rebord alvéolaire.

ANATOMIE NORMALE DU TRIJUMEAU

Trajet intra-crânien. — De même que les nerfs spinaux, le trijumeau ou nerf, de la cinquième paire crânienne, est un nerf mixte. Il se compose d'une petite racine motrice, et d'une grosse racine sensitive, qui toutes deux naissent de la face antérieure de la protubérance.

La première tire son origine de deux noyaux intra-protubérantiels (le noyau principal ou masticateur et le noyau accessoire), et va rejoindre le nerf maxillaire inférieur en passant au dessous des ganglions de Gasser.

La deuxième branche se divise dans le mésencéphale en trois racines : supérieure, moyenne, inférieure, qui aboutissent à trois noyaux : le noyau sensitif supérieur ou colonne vésiculeuse, le noyau sensitif moyen, le noyau sensitif inférieur ou noyau gélatineux. Ces fibres proviennent des cellules du ganglion de Gasser dont elles constituent le prolongement central.

Ganglions de Gasser. — Le ganglion de Gasser ou ganglion semi-lunaire est le plus volumineux des ganglions annexés aux nerfs cérébro-spinaux.

Contenu dans une loge fibreuse formée par un dédoublement de la dure-mère (caverne Meckel), il repose sur la partie interne de la face endo-crânienne antérieure du rocher, séparé du canal carotidien par une mince paroi. Son extrémité interne touche le sinus caverneux, le pathétique et le moteur oculaire commun.

Distribution périphérique. — Les prolongements périphériques des cellules du ganglion de Gasser contribuent à former les trois branches du trijumeau qui sont : le nerf ophtalmique, le nerf maxillaire supérieur, et le nerf maxillaire inférieur.

D'abord intra-crâniens, ces nerfs sortent du crâne par des orifices spéciaux (fente sphénoidale, trou grand rond, trou ovale), s'engagent dans les parties molles, traversent des canaux creusés dans l'intérieur des os de la face (échancrure sus-orbitaire, canaux sous-orbitaires, dentaires, alvéolaires, palatins), et s'épanouissent en riches plexus au niveau des téguments.

A chacune de ces branches est appendu un ganglion, le ganglion ophtalmique, pour le nerf ophtalmique, le ganglion sphéno-palatin pour le nerf maxillaire supérieur, le ganglion otique pour le nerf maxillaire inférieur.

Le territoire cutané auquel ces nerfs distribuent la sensibilité comprend les téguments de la face et de la partie antérieure du crâne. Ces filets innervent en outre, les parties molles intra-orbitaires, les muqueuses

oculaire, nasale, buccale, une portion importante de la muqueuse linguale et enfin la plus grande partie des méninges cérébrales.

La pulpe des dents, les ligaments dentaires sont richement innervés.

De nombreuses anastomoses unissent le trijumeau aux nerfs de l'œil, au facial (grand et petit pétreux superficiels, corde du tympan, etc.), au pneumogastrique, au grand hypoglosse, au plexus cervical, au sympathique.

PHYSIOLOGIE

Territoire sensitif. — Nous venons de le décrire en étudiant le trajet des trois branches du ganglion de Gasser et leur distribution.

Territoire moteur. — La cinquième paire innerve les muscles suivants : les quatre muscles masticateurs (le temporal, le masséter et les deux ptérygoïdiens), le mylo-hyoïdien, le ventre antérieur du digastrique et le muscle interne du marteau

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) *Autopsie de la dent.* — Cette autopsie de la dent qu'on a eu le tort de ne pas faire assez souvent, nous montrerait successivement toutes les lésions dentaires et paradentaires dont nous avons parlé précédemment ; notamment les nodules de dentine secondaire, soit disséminés sous forme de grains plus ou moins gros, soit en chapelet sous forme de grains successifs réunis par des débris pulpaires, soit en bâton, toute la pulpe étant pour ainsi dire transformée en une substance dure, cassante.

Il est à peine besoin de parler de certaines autres altérations si fréquentes, et des multiples éléments infectieux que l'autopsie révèlerait ; nous ne voulons retenir que les altérations variables en étendue du périoste et la résorption des racines.

Nous insistons à dessein sur cette dernière lésion, et sur la forme de périostite qui la produit. Or cette forme de périostite est essentiellement productrice de névralgies ; c'est là un accident qui se produit souvent après

une greffe dentaire. Cette periostite est une sorte de cémentite et de dentinite raréfiante, d'origine infectieuse, qui se produit, soit dans la périostite alvéolo-dentaire consécutivement à la carie et à l'infection des canaux d'une dent; soit dans la pyorrhée alvéolaire, lorsque le décollement gingival a atteint le sommet des racines. Dans cette dernière affection la dent paraît absolument saine extérieurement; souvent le malade souffre depuis longtemps de névralgies; la dent est très mobile: on croit simplement à de la mobilité pyorrhéique, et l'on est tout étonné, lorsqu'on opère l'extraction de la dent, de trouver que la racine a complètement disparu.

La résorption des racines peut se produire sur les dents de lait, mais surtout à la suite de carie pénétrante et de périostite, la pyorrhée alvéolaire n'existant pas chez les enfants.

B). — De rares autopsies pratiquées sur des sujets atteints pendant leur vie de névralgies faciales rebelles, de nombreuses résections opérées dans un but thérapeutique ont permis d'examiner de très près les branches du trijumeau au point de vue anatomo-pathologique.

Il est des cas où aucune altération n'a pu être relevée, mais ces faits sont exceptionnels. Presque toujours, on a constaté des lésions très nettes, tantôt visibles à l'œil nu, tantôt visibles seulement au microscope.

LÉSIONS PÉRIPHÉRIQUES

a). *Examen macroscopique.* — Les altérations de la pulpe dentaire et des filets nerveux qui s'y épanouissent sont très fréquentes ; nous en avons parlé longuement au chapitre « étiologie » et il nous sera donné d'y revenir au courant de notre discussion pathogénique.

Les branches du trijumeau correspondant au territoire affecté de névralgie, sont tantôt hypertrophiées, congestionnées ; tantôt au contraire, elles sont plus grêles qu'à l'état normal et présentent les caractères de l'atrophie simple.

On y a souvent observé des dilatations variqueuses et anévrysmales ; on a signalé enfin soit dans le voisinage, soit sur le trajet même des rameaux nerveux l'existence de tumeurs diverses.

b) *Examen microscopique.* — Dana, Putnam, Horsley, Krause, qui ont fait à ce sujet des examens très rigoureux, ont constaté :

1° Des lésions de névrite interstitielle caractérisées par un processus de sclérose envahissant le tissu conjonctif du névrilemme, du périnèvre, de l'endonèvre, des bandes de tissu scléreux séparant les fibres nerveuses par endroits ; enfin de la dégénérescence de l'élément noble ;

2° De la névrite parenchymateuse caractérisée par des modifications d'un certain nombre de fibres ; les unes sont atrophiées, les autres, au contraire ont subi un

certain gonflement ; on note dans certains cas de la ségmentation de la myéline, de la multiplication des noyaux de la gaine de Schvann ; quelquefois le cylindraxe et les segments interannulaires paraissent intimement confondus.

LÉSIONS VASCULAIRES

On a relevé des lésions des vasa nervorum ; en outre de renflements variqueux, on a trouvé leur tunique interne épaissie, leur calibre diminué.

Dana a pu dire en se basant sur quatre examens histologiques, que l'artério-sclérose jouait un rôle prépondérant dans la pathogénie des névralgies, ce qui expliquerait d'après lui la fréquence chez les vieillards de névralgies faciales rebelles. Nous ne pouvons discuter de très près cette hypothèse. Il nous paraît cependant que cette manière de voir s'applique plus spécialement aux névralgies d'origine centrale ; rien ne nous empêche d'admettre toutefois, en ce qui concerne les névralgies d'origine périphérique, que l'artério-sclérose puisse intervenir en tant que cause prédisposante.

LÉSIONS DU GANGLION DE GASSER

Le ganglion de Gasser est constitué par des cellules volumineuses à prolongement unique bifurqué en T, analogues à celles des ganglions spinaux ; elles sont entourées d'une gaine à cellules endothéliales que doublent intérieurement et extérieurement des fibres amyéliniques agencées en plexus, et provenant d'après Kan-

koff de cellules moins volumineuses situées dans le ganglion à côté des grosses cellules. Au cours des nombreux examens qu'ils ont pratiqués, Laveran, Romberg, Horsley, Rose, Krause, Keen, ont relevé de la sclérose ganglionnaire et des altérations cellulaires.

Les cellules sont altérées dans leur forme ; on constate parfois le rassemblement au centre de la cellule, des granulations (Krause).

On y a noté des infiltrations de pigments noirs, la présence de vacuoles, de taches claires, et un certain degré de dégénérescence amyloïde.

LÉSIONS VASCULAIRES DU GANGLION DE GASSER

Widbrand et Singer, dans leur ouvrage de pathologie oculaire, ont noté des lésions d'endartérite oblitérante dans les vaisseaux gasseriens du trijumeau. Joffroy et Achard (1889) attribuent comme cause à certaines névrites, l'endartérite oblitérante, lorsque celle-ci siège sur les vaisseaux et les nerfs ; de sorte qu'ici, les lésions nerveuses seraient secondaires, l'altération vasculaire constituant la lésion primitive.

En tout état de cause, que la névrite ascendante se produise sans lésions vasculaires préalables, ou qu'elle soit précédée d'endartérite des vasa-nervorum, il n'en est pas moins vrai que l'origine de cette névrite est périphérique, et qu'elle implique une altération primitive des fibres nerveuses de la périphérie, gagnant parfois, dans sa marche ascendante et progressive, les cellules gassériennes.

LÉSIONS DES CENTRES NERVEUX

Voisin (Académie de médecine, 1894) a montré un cerveau atteint de sclérose méningée sur sa face convexe, ayant appartenu à un malade atteint de névralgie faciale. Mais ces lésions peuvent coexister et coexistent en effet, quelquefois avec des lésions périphériques.

Certes on a pu constater des lésions centrales sans trouver d'altérations périphériques. Ces faits sont toutefois exceptionnels ; et si l'on met en parallèle les nombreux cas où l'on a pu noter des névrites périphériques sans altération des centres, on est amené à conclure que l'origine de la névralgie est presque toujours une lésion des rameaux nerveux périphériques.

Joffroy, Pitres et Vaillard, Carrière, ont toujours trouvé des lésions périphériques sans aucune altération de la moelle et de ses enveloppes.

Et ces diverses conclusions ne sont-elles pas confirmées par ce fait que le plus souvent une intervention appropriée et portant sur la périphérie amène une guérison définitive des crises névralgiques ? C'est seulement dans les cas anciens, lorsque la névrite aura subi une marche ascendante, et réagi sur les centres nerveux, que le traitement périphérique ne produira qu'une amélioration passagère, et pourra même dans certains cas n'amener aucun résultat. Encore en présence de ces échecs ne doit-on pas se déclarer désarmé, et doit-on essayer d'intervenir directement sur le ganglion de Gasser.

OUVRAGES CONSULTÉS

WIBRANDUND SENGER. 1901, p. 76. — KRAUSE, Leipzig 1896. — LUGARO. *Riforma. Médica.* 1901. — FRANK. *Arch.* Lisbonne. 1898. — LENER. *Anato, de nécrol.*, Napoli 1900. — BARKER. J. AMERIC. M. ASS. XXXIV, 1900. — SPILLER. *Med.* New. 1900. — DANA. J. M. *An. Ass.*, 1900, *Med.*, New. 1902. — POIRIER. *Anat. Traité de Med.* t. X. (C. B.) (PITRES et VAILLARD).

PATHOGÉNIE

Dans le chapitre que nous avons consacré à l'étiologie, nous avons dû exposer certaines considérations pathogéniques se rapportant particulièrement à chacune des affections en cause.

Nous allons maintenant envisager dans leur ensemble et d'une façon plus générale les notions de pathogénie qui se rattachent à l'étude des névralgies d'origine dentaire.

Faire de ces névralgies le résultat d'un trouble purement dynamique du système nerveux, d'un reflexe, ou bien les regarder comme des phénomènes inflammatoires par extension du travail irritatif, alvéolo-dentaire, sont les deux solutions qui naturellement se présentent tout d'abord à l'esprit lorqu'on embrasse l'ensemble des cas observés.

Longtemps les névralgies dentaires ont été considérées comme d'origine purement réflexe, le point de départ de ce reflexe étant une irritation ou une compres-

sion des terminaisons nerveuses du trijumeau dans l'alvéole ou dans la dent,

Cette explication pathogénique peut en effet s'appliquer à quelques cas, et nous pensons que l'on doit ranger dans cette catégorie certaines névralgies pour lesquelles on a pratiqué un examen anatomo-pathologique, examen qui n'aurait donné lieu à aucune constatation spéciale.

Mais disons-le tout de suite, dans la majorité des cas, la nature infectieuse de ces névralgies ne fait aucun doute pour nous.

Et comment ne pas admettre cette notion lorsqu'on pense au foyer d'infection qu'est la bouche, lorsqu'on passe en revue toutes les affections dentaires que nous avons énumérées et qui toutes, ou bien reconnaissent une origine infectieuse, ou bien entraînent fatalement des complications dans lesquelles l'infection joue un rôle prépondérant.

Notre manière de voir vise incontestablement et sans exception toutes les névralgies apparaissant comme complications au cours d'une carie, d'une pyorrhée alvéolaire etc., en un mot d'une affection dentaire manifestement microbienne.

D'autres lésions telles que fendillement de la dent, usure, abrasion, constituent des portes d'entrée grâce auxquelles les microorganismes pourront atteindre et affecter la pulpe.

Les lésions nerveuses que l'on a constatées soit au cours d'autopsies pratiquées à cet effet, soit à la suite de résections des nerfs lésés dans un but thérapeu-

thique, ont permis, nous l'avons vu, de reconnaître des névrites parenchymateuses et interstitielles. Or ce sont là les deux formes anatomo-pathologiques de la névrite ascendante.

Dans la première, c'est le cylindre-axe qui subit une altération tendant à remonter vers la cellule dont il émane.

Dans la seconde, ce sont des lésions des parties accessoires du nerf (tissu conjonctif périfasciculaire, gaine lamelleuse, tissu conjonctif intrafasciculaire) qui de la périphérie gagnent les parties centrales en se propageant successivement d'une cellule à une autre.

Nous pouvons grâce à ces constatations, et en nous basant sur la nature inflammatoire de ces lésions reconstituer tel qu'il nous apparaît le processus morbide des névralgies d'origine dentaire.

Analogie avec les altérations nerveuses consécutives aux opérations.

De nombreux travaux ont été publiés sur les modifications périphériques que subissent les nerfs d'un membre à la suite d'une amputation : les plus importants sont ceux de Vulpian, Clarke Dikinson, Hayem, Déjerine, Marie, Krause, Gilbert, etc.

La notion qui se dégage d'une façon incontestable de toutes ces études, c'est qu'à la suite d'un traumatisme, tel que l'amputation d'un membre par exemple, le bout central d'un nerf peut subir des altérations importantes.

Il se produit souvent dans la portion terminale de ces nerfs des névromes formés par l'agglomération de

fibres nerveuses grêles, au milieu d'un tissu conjonctif dense. D'autre part on constate la présence d'un tissu conjonctif de nouvelle formation remontant plus ou moins haut, répondant bien à ce que nous avons appelé névrite interstitielle, et dont l'existence reconnaît vraisemblablement une origine inflammatoire. Il semble en effet qu'elle dérive de l'irritation du tissu conjonctif provoquée par des substances toxiques ou des microbes.

Toutes ces lésions se traduisent par des douleurs au niveau du moignon s'irradiant plus ou moins loin, douleurs excessivement vives, intermittentes, qui sont en somme de véritables névralgies.

Analogie avec les modifications nerveuses à la suite de plaies des nerfs.

Les plaies des nerfs sont souvent suivies de douleurs atroces, lancinantes, le long du nerf atteint ; et l'on constate parfois une tuméfaction, un épanouissement du tronc nerveux remontant plus ou moins haut.

Ces troubles peuvent être attribués à des lésions ascendantes reconnaissant le même mécanisme que les lésions qui se produisent à la suite d'une amputation de membre.

Si nous rapprochons de toutes ces constatations et des conclusions qui en découlent, les lésions que l'on a souvent relevées dans les cas de névragies faciales d'origine dentaire, nous sommes en droit d'admettre que la filiation des accidents doit être la même. Traumatisme et infection telles sont les deux conditions qui nous semblent requises, et que nous trouvons manifes-

tement réunies dans la moindre des affections dentaires.

Dans un cas de pulpite chronique par exemple les extrémités nerveuses de la dent se sont comprimées par des noyaux de dentine secondaire : ainsi se trouve réalisé le traumatisme.

D'autre part elles se trouvent exposées à l'action de microbes multiples ou de leurs toxines : des lésions ascendantes de névrite parenchymateuse et interstitielle se produisent : la névralgie peut être le résultat de ces lésions. Ces dernières, faisons-le remarquer tout de suite, peuvent d'ailleurs faire naître des troubles nerveux à une très grande distance de l'endroit où elles siègent.

De même nous admettons que souvent la lésion, de périphérique qu'elle était au début, gagne successivement le ganglion de Gasser, et de là les centres nerveux.

Ainsi s'expliqueraient les nombreux exemples de névralgies qui, bien que rattachées à une affection dentaire, n'ont pu être enrayées par un traitement approprié. Ce sont en général des cas dont l'origine remonte à une date très ancienne.

Physiologie pathologique. — Puisque nous admettons l'existence d'une névrite infectieuse, celle-ci doit être continue, et l'on s'explique mal au premier abord les paroxysmes douloureux, l'intermittence des accès. L'explication selon nous est probablement la suivante : sous l'action de certains facteurs, les uns se rattachant à la santé générale de l'individu (anémie), les autres

résidant dans des causes occasionnelles, telles que : froid, compression, traumatisme, mouvements répétés (mastication, parole), fatigues de toutes sortes, la lésion nerveuse réagit par des crises plus ou moins violentes. Toutes ces causes semblent agir en provoquant une certaine congestion locale, ou même des centres nerveux, laquelle provoque à son tour l'apparition de l'accès. Mais la vraie cause réside dans la lésion nerveuse qui répond par des douleurs plus ou moins vives aux influences extérieures.

Quant à l'affection dentaire elle constitue une sorte d'épine irritative qui entretient et ne peut qu'accroître la lésion nerveuse. A moins qu'elle ne soit très ancienne et qu'elle ne se soit propagée aux centres nerveux, un traitement approprié amènera toujours une guérison définitive.

Cette conception de la porte toujours ouverte à l'infection est tellement vraie, que si, dans une circonstance particulière, celle par exemple d'une carie pénétrante avec pulpe malade produisant des névralgies, on supprime la dent, tout accident est enrayé, cela est hors de doute; mais, si au lieu de la supprimer on l'obture en l'état où elle est, on détermine des accidents infectieux rapides, tels que abcès périostiques, etc., et la névralgie disparaît. L'état névralgique n'est donc dans ces cas qu'un état transitoire, correspondant à une affection qui n'a pas encore abouti ; et l'intermittence des accès correspond aux phases de la lutte, aux poussées infectieuses et inflammatoires produites elles-

mêmes par des causes passagères et souvent insaisissables.

L'intermittence des crises peut s'expliquer autrement, lorsqu'il s'agit de lésions définitivement constituées dans les nerfs. Si l'on considère ces lésions comme d'origine infectieuse, elles sont de leur nature envahissantes et progressives. Mais quand la source d'infection primitive a disparu, les éléments infectieux non renouvelés après une série de luttes tendant à leur pullulation qui correspondaient aux accès névralgiques, finissent par perdre leur action propre ; aussi, y a-t-il beaucoup de névralgies qui disparaissent sans cause appréciable, et celles qui restent ne sont-elles, peut-être, que des névralgies centrales cérébrales, qui se continuent par accès, pour ainsi dire par habitude, le cerveau continuant à répondre aux impressions qu'il a reçues longtemps sous la forme intermittente.

CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE DES NÉVRALGIES

Nous admettons deux classes de troubles, les uns d'origine réflexe, les autres par propagation du processus inflammatoire. On peut être tenté d'accorder une plus grande importance à la première de ces catégories, car l'on est frappé par la disparition assez rapide des complications lorsque le traitement causal a été institué Mais il suffit de faire remarquer que l'hypothèse d'une névralgie par névrite infectieuse s'accorde parfaitement avec ces résultats : le traitement dentaire fait en effet

disparaître et la source d'infection qui entretenait la lésion nerveuse, et la compression qui favorisait les accès; dans ces conditions la névrite et par suite la névralgie ne peuvent qu'évoluer vers la guérison.

Les recherches récentes tendent donc peut-être à restreindre le nombre des cas où l'influence directe immédiate des troubles dentaires sur la production de névralgies était admise autrefois, sans conteste il est vrai, mais aussi sans précision, en invoquant une action réflexe en somme toute hypothétique.

Par contre l'esprit accepte plus facilement l'existence de relations morbides, la plupart assises sur la base plus solide de lésions inflammatoires et infectieuses propagées par extension progressive.

a) Premier groupe. — *Névralgies réflexes.* — Dans un premier groupe, nous rangerons les névralgies qui apparaissent à la suite d'affections dentaires où l'on n'a pu relever que de la compression des filaments nerveux (éruption de la dent de sagesse, calcification de la pulpe, exostose radiculaire).

Les complications névralgiques sont ici d'ordre dynamique, ce sont des réflexes à point de départ dentaire. Partie du nerf maxillaire (supérieur ou inférieur) l'irritation se transmet aux différentes branches du trijumeau par l'intermédiaire du cerveau, ou encore grâce à ces carrefours nerveux de la plus haute importance qui sont constitués par les ganglions nerveux (ganglion de Gasser, ganglion ophtalmique).

Et c'est ici surtout que l'influence de l'état général nous paraît être indéniable, car nous estimons que ces

accidents réflexes apparaissent le plus souvent chez des individus prédisposés, chez des nerveux.

b) Deuxième groupe. — *Névralgies par névrite.* — Dans un deuxième groupe, nous rangerons les névralgies qui apparaissent au cours d'une affection dentaire manifestement infectieuse (carie dentaire, ostéo-périostite, etc.).

La dent cariée est une source d'infection et de douleur.

La douleur n'est pas constante. Quant au foyer infectieux il persiste tant que la dent n'a pas été l'objet d'un traitement rationnel. Nous nous trouvons donc en présence de deux facteurs d'inégale importance : 1° douleur, source possible de retentissement à distance, qui manque souvent : 2° l'infection qui existe toujours. Ceci permet de prévoir quelle sera selon nous la nature de la majeure partie des névralgies survenant au cours d'affections dentaires.

Signalons enfin comme argument venant ajouter et donner comme une force nouvelle à la justesse de nos observations, ces complications oculaires (kératites, iritis, etc...) et même de véritables phlegmons de l'orbite, des abcès péri-orbitaires, toutes complications dont l'origine dentaire et la pathogénie ne soulèvent aucune discussion et qui coïncident si souvent avec des névralgies faciales reconnaissant le même point de départ.

En résumé la théorie réflexe des névralgies d'origine dentaire a perdu beaucoup de terrain et en perdra chaque jour de plus en plus, à mesure qu'on saura mieux re-

connaître le rôle des microbes et de leurs toxines, grâce à des considérations anatomo-cliniques plus précises.

Et déjà aujourd'hui la théorie infectieuse semble devoie expliquer la majorité des névralgies relevant directement d'une lésion dentaire.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Quelques considérations succinctes relatives au traitement nous paraissent devoir trouver leur place à la fin de cet ouvrage.

Les quelques notions d'étiologie et de pathogénie que nous avons exposées, nous permettent de prévoir que ce traitement sera basé sur une antisepsie rigoureuse de l'appareil dentaire.

Il est à peine besoin de dire que les soins prophylactiques sont ici de toute nécessité et qu'une hygiène rigoureuse de la bouche, une propreté absolue devront être continuellement observés.

Contre la névralgie faciale semblant reconnaître une origine dentaire, on instituera un traitement approprié à la nature de l'affection causale. Les dents cariées seront désinfectées et obturées ; les chicots branlants devront être extraits ; les abcès ostéo-périostiques nécessiteront l'extraction de toutes les racines existantes, des soins de désinfection tels que lavages, injections avec des solutions antiseptiques (sublimé au 1000^{e}, etc.), et

mieux des cautérisations au thermo-cautère ou au galvano-cautère.

Lorsque l'hypersécrétion osseuse aura été reconnue, on devra ouvrir chacune des dents atteintes, mortifier les restants de pulpe, avec de l'acide arsénieux et obturer.

Les accidents se rattachant à l'exostose radiculaire ne pourront être enrayés que par l'extraction des dents lésées.

Dans certains cas exceptionnels, on sera amené à enlever le tartre séreux, à traiter le déchaussement des dents par la cautérisation ignée ou par l'extraction.

En cas de névralgie des édentés, on devra commencer par instituer un traitement gingival (attouchements à l'acide sulfurique de Nordhausen, à l'acide chromique, à l'acide chlorhydrique, ou affouillement au thermo-cautère), c'est seulement lorsque ces divers moyens auront échoué que l'on aura recours à la résection d'une portion du rebord alvéolaire, selon la technique instituée par le docteur Jarre dans le tic douloureux.

Nous terminerons enfin par quelques conseils. Nous ne saurions trop recommander aux médecins qui ont à soigner des malades atteints de névralgie faciale de procéder systématiquement à un examen rigoureux de la bouche et des dents, même dans les cas où a priori toute origine dentaire semble devoir être écartée. Des surprises heureuses leur seront quelquefois réservées.

Les dents devront être percutées avec soin dans tous les sens et sur toutes leurs faces. On notera leur sensibilité thermique par des jets d'eau froide et d'eau chaude successifs. Enfin une fine sonde ira fouiller tous les

interstices à la recherche des caries qui au premier abord et surtout pour des yeux non exercés, auront pu passer inaperçues.

C'est seulement après un examen minutieux que le médecin pourra dire qu'il ne se trouve pas en présence d'une névralgie reconnaissant une origine dentaire. Encore devra-t-il faire des réserves : nous avons vu, en effet, combien il était facile de commettre des erreurs, et comment certains cas restaient obscurs même pour des praticiens éclairés.

Observation I (Inédité).

(Due à l'obligeance du docteur Bloch.)

Une dame S..., âgée de 32 ans, fut prise de maux de dents vers le mois d'octobre 1901 ; elle se rendit chez son dentiste qui lui fit plusieurs pansements dans la deuxième molaire inférieure du côté gauche, cariée profondément. Les douleurs persistant, cette dent fut arrachée, mais une partie de la racine resta dans l'alvéole; les douleurs continuant, la première molaire du même côté fut aussi enlevée. il en resta aussi un fragment dans la mâchoire. Les douleurs s'atténuèrent peu à peu, mais ne disparurent pas complètement.

Le mois suivant, en décembre. sans cause appréciable, de nouvelles sensations douloureuses apparurent et bientôt s'irradièrent dans tout le côté gauche de la tête, dans le cou et dans l'oreille. La malade ne pouvait ni manger ni avaler, les mouvements de la mastication et de la déglutition provoquant des crises extrémement douloureuses. Ne souffrant plus à ce moment du côté des dents, elle se rendit alors chez son médecin. le docteur N... qui, étant donnée la constitution arthritique et les antécédents héréditaires de sa cliente, diagnostiqua une névralgie diathésique, et, durant trois semaines, lui prescrivit diverses potions à base de sulfate de quinine, d'hydrate de chloral, d'aconit, de salicylate de soude, de morphine, de belladone, de valériane. Il serait trop long de reproduire ici ces diverses ordonnances que nous possédons. Quelques collutoires appliqués à tout hasard sur les gencives. ne produisirent aucune amélioration, pas plus d'ailleurs que les médicaments précédemment énumérés.

Finalement, devant l'acuité et la persistance des douleurs.

des injections de morphine furent quotidiennement pratiquées à la malade.

A ce moment, la malade se trouvait dans un état de déchéance physique très accusé. Les douleurs ressenties par elle affectaient le caractère de la névralgie faciale (douleurs continues dans les régions massetérine, sous-orbitaire, sus-orbitaire, frontale, occipitale, dans l'oreille, jusque dans le cou ; ptyalisme, mastication douloureuse, déglutition pénible, crises très fréquentes, surtout la nuit, se caractérisant par un redoublement de souffrances.

Il était impossible à la malade de se coiffer, ou de relever ses cheveux sur la tête ; le contact du peigne était extrêmement douloureux ; elle était obligée de tourner le corps tout d'une pièce, tant les mouvements du cou étaient pénibles. Dans les derniers jours de décembre, elle fit appeler le docteur Oudin, le médecin de sa famille, qui ne crut pas à l'existence d'une névralgie essentielle, et engagea Mme S... à faire de nouveau visiter sa bouche ; en attendant, il lui prescrivit des pilules calmantes. Une certaine amélioration s'étant produite, la malade remit à plus tard sa visite au spécialiste.

Mais, en fin janvier 1902, subitement les crises névralgiques reparurent avec une acuité nouvelle ; les symptômes des accès précédents s'accusèrent de plus en plus, et la malade consulta à nouveau le docteur Oudin, qui lui renouvela le conseil de s'adresser à un médecin dentiste.

Le médecin O... connaissait les antécédents héréditaires de la malade, fille de parents arthritiques et petite-fille d'une grand'mère ultra-nerveuse ; il l'avait déjà soignée pour des crises d'entérite muco-membraneuse et de constipation opiniâtre. On pouvait se méprendre sur la nature de ses névralgies qui, du reste, ne semblaient en aucune façon partir des dents ; et il semblait légitime, comme nous l'a d'ailleurs assuré récemment notre confrère, d'incriminer l'hérédité et le tempérament de cette malade.

Néanmoins, devant l'insuccès de la thérapeutique antérieu-

rement suivie, et tenant à éliminer une origine dentaire possible, malgré les dénégations de Mme S... qui affirmait à ce moment ne souffrir en aucune façon des dents, le docteur O..., pria son confrère le docteur Cruet de bien vouloir examiner sa malade.

Le 17 février, Mme S... se décida à suivre le conseil de son médecin.

Dans l'intervalle, de nouvelles douleurs qui n'avaient jamais existé auparavant étaient apparues de l'autre côté de la tête et de la face. Un examen approfondi fit découvrir sous la gencive qui les recouvrait complètement, les racines mobiles des deux dents dont l'extraction avait été incomplète. Un simple pertuis donnant une gouttelette de pus signalait seulement leur existence du côté gauche.

A droite, toutes les dents paraissant saines, on incrimina la première prémolaire inférieure dont la face postérieure présentait une obturation à l'amalgame, et qui semblait privée de vitalité. Cette dent fut désobturée : elle contenait une pulpe gangrenée à odeur putride. Le traitement en fut pratiqué, et elle reçut une nouvelle obturation.

A gauche, les deux racines furent extraites, après qu'un sillon tracé dans la gencive à l'aide du thermocautère, eut permis de les mettre à nu.

Huit jours après, toute sensation de douleur névralgique avait disparu d'un côté comme de l'autre, les mouvements de rotation de la tête s'exécutaient sans aucune difficulté; il n'y avait plus de crise spontanée ou provoquée.

La malade fut revue plusieurs fois depuis cette époque, en particulier en mars 1903, époque à laquelle lui fut appliqué un petit appareil de deux dents de la mâchoire inférieure.

L'état général se maintint depuis dans de parfaites conditions, les névralgies ne se reproduisirent plus jamais.

Nous avons encore revu le 15 octobre 1903 Mme S..., et après l'avoir interrogée et examinée minutieusement, nous avons pu constater la parfaite guérison des accidents qui avaient si fortement ébranlé sa santé.

Cette observation nous paraît présenter un intérêt particulier, étant donné que quatre médecins furent à même de constater à la fois l'acuité et la forme nettement névralgique des douleurs. D'autre part elle confirme ce que nous avons dit à maintes reprises au cours de notre discussion : à savoir que la lésion dentaire constitue le plus souvent la cause occasionnelle de la névralgie, sur un sujet diathésique ou atteint d'une maladie générale.

Le docteur Oudin a pu en effet constater chez la malade des stigmates d'arthritisme ; le docteur Cruet, qui l'examina ensuite, incrimina nettement les dents ; et le docteur Bloch qui soigna la malade, put constater qu'un traitement dentaire avait fait complètement disparaître toute trace de névralgie.

Observation II (par M. Tuffier).

Névralgie faciale chez un vieillard édenté. Mort. Névrite du nerf dentaire inférieur.

Tambuté, 70 ans, entre le 27 décembre 1880 dans le service de M. Th. Auger, pour une tumeur du cou. Vieillard assez fort sans apparence de cachexie. Il y a huit mois il fut pris d'une hémiplégie droite progressive (ramollissement cérébral).

Trois mois avant son entrée, apparaît sans cause connue, une petite tumeur sur la partie latérale du cou. On porte le diagnostic de kyste ganglionnaire. Opération, guérison en cinq semaines. Mais dès son entrée le malade se plaignait d'une douleur intense occupant toute la région du maxillaire inférieur droit, douleur continuelle, fixe, avec irradiations extrêmement violentes dans toutes les régions de la face.

La douleur est réveillée par la compression de la gencive.

On pense d'abord à une névralgie faciale symptomatique de la tumeur. L'opération ne la modifie en rien.

Examinant alors le maxillaire inférieur du malade, nous constatons qu'il n'existe plus une seule dent et que le bord gingival est dur et ratatiné.

En aucun point on ne trouve de racines ou des traces de périostite.

On porte alors le diagnostic de névralgie des édentés.

La douleur devenait de plus en plus violente, tout le bord gingival est douloureux à la pression, et le malade le serrait constamment entre ses doigts, compression qui seule pouvait le soulager. Les paroxysmes douloureux qui cessaient pendant le sommeil, reveillaient le malheureux et lui arrachaient des cris. Ils s'irradient du dentaire inférieur dans tous les filets du trijumeau.

Le sulfate de quinine, l'opium, les émollients n'amènent aucune amélioration ; l'appétit languit ; les douleurs sont si violentes que le malade refuse tout aliment. Privé de sommeil et de nourriture, il se cachectise et refuse tout traitement. Il meurt sans fièvre, sans accident nerveux, le 22 février 1881.

Autopsie. — Voici résumés les résultats de l'autopsie : à gauche le corps strié et la couronne de Reil sont ramollis par petits foyers distincts, dont l'ensemble forme une série de lacunes. A droite, on trouve quelques petits foyers de ramollissement au niveau des corps striés. Les lésions des nerfs sont surtout intéressantes. La mâchoire inférieure, disséquée et désarticulée, montre, du côté du nerf dentaire inférieur droit des altérations très remarquables, et d'autant plus faciles à apprécier que les nerfs des deux côtés peuvent être comparés. A gauche, le dentaire est blanc et de volume normal. A droite, il est rouge, vascularisé, présente à sa surface des arborisations rouges, formant un réseau très serré. A son entrée dans le canal dentaire, on voit qu'il est plus gros, comme étranglé et beaucoup plus volumineux que du côté opposé.

Cette vascularisation se prolonge aussi haut qu'il est possible de disséquer le nerf. En bas le maxillaire est sculpté. Dans l'intérieur du canal il est comme à l'étroit et plus rouge encore qu'au dessus ; les filets au niveau du nerf mentonnier présentent les même altérations.

Au contraire, le nerf mylo-hyoïdien, depuis l'épine de Spix jusqu'à sa terminaison est normal, blanc, sans augmentation de volume, en tout semblable à celui du côté opposé et tranche pas sa couleur sur le tronc principal.

L'examen microscopique du nerf malade nous a montré : les gaines de Schwann normales, le tissu conjonctif interfasciculaire un peu infiltré ; mais la myéline, sur la plupart des fibres, est nettement segmentée et granuleuse ; à côté de ces faisceaux altérés des fibres absolument normales.

Observation III (Faucheron).

Névralgie orbitaire et iritis séreuses dues à une dent cariée.

Mlle Eugénie D..., 24 ans, brune, grande, vigoureuse, bien réglée. Plusieurs dents cariées depuis quelques années. Au mois de juin 1879 elle a éprouvé au dessus de l'orbite droit des douleurs vives qui revenaient par accès. L'œil est devenu rouge, la vue s'est troublée. Cet état disparaît au bout de trois semaines. Cette année, au mois de mai, les douleurs susorbitaires se manifestèrent de nouveau, mais cette fois du côté opposé. L'œil rougit et ne distingua plus les objets nettement. Elle vint à la consultation de M. Galzowski qui constata l'existence d'une névralgie sus-orbitaire gauche et d'une iritis du même côté. L'iritis s'est produite après la névralgie. Pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas de scrofule, pas de traumatisme, rien qui puisse expliquer si ce n'est la névralgie.

M. Galezowski ordonne des sangsues à la tempe et des instillations d'atropine ; il conseille de faire arracher les dents mau-

vaises : 15 jours après elle revient à la consultation : il n'y avait plus ni névralgie, ni iritis. Elle était guérie et elle attribuait nettement sa guérison à l'extraction des dents, parce qu'elle s'était sentie mieux immédiatement après.

Observation IV (Mengin).

Névralgie de la face du côté droit (avec contracture du droit interne de l'œil droit) produite par une périostite de la racine de la première petite molaire supérieure du même côté.

Mme C..., couturière, 49 ans, se présente à la clinique le 4 septembre ; elle a toujours eu une bonne santé et n'est pas sujette aux névralgies. Depuis trois semaines elle se plaint de douleurs périorbitaires du côté droit, douleurs qui ont été en augmentant et en s'irradiant à toute la face de ce côté.

Depuis 5 jours, elle voit double ; depuis les objets semblent danser devant elle, elle ne peut marcher qu'en mettant la main devant l'œil droit.

A part une adduction manifeste de l'œil droit, il n'y a rien à noter de particulier de ce côté.

Nous diagnostiquons, après examen, une contracture du droit interne de l'œil droit, et les douleurs névralgiques nous font immédiatement examiner la mâchoire. Toutes les dents sont en bon état, à l'exception de la première petite molaire supérieure droite dont il ne reste que la racine presque entièrement recouverte par la gencive.

Cette racine est à peine sensible à la percussion ; nous en pratiquons l'extraction à l'aide d'un davier à chicots, et nous trouvons à l'extrémité de la racine unique un périoste épaissi, ramolli, et un petit kyste.

La malade se sent soulagée quelques instants après l'extraction, et deux jours après tous les symptômes, la névralgie et la diplopie ont complètement disparu.

Observation V (Tomes).

Névralgies paroxystiques et blépharoptose.

Fox rappelle un cas de névralgie atroce, dans lequel le malade ne pouvait prendre que des liquides parce que au moindre contact les dents provoquaient un paroxysme. Il y avait salivation abondante et chute de la paupière. La blépharoptose disparut deux jours après l'avulsion d'une molaire supérieure cariée ; mais les autres symptômes ne cédèrent qu'à l'extraction de toutes les dents restantes. Les racines étaient affectées d'exostose.

Observation VI (Ferrier).

Névralgie par inflammation chronique de la pulpe.

Février 1884. M. I..., étudiant en médecine, 25 ans, santé vigoureuse. Le père, médecin, a souffert longtemps de névralgies attribuées aux dents.

Il y a quelques années, M. I... eut une première attaque qui fut guérie par le sulfate de quinine. En 1882, nouvelle attaque terminée par l'extraction de la deuxième molaire inférieure droite. Enfin, il y a quinze jours, M. I... changeant de vêtements après une marche rapide qui avait mis le corps en sueur, fut pris d'une douleur sourde, contusive, dans la canine inférieure droite, puis, il y a trois jours, la douleur persistant dans cette canine, les nerfs sus-orbitaire et sous-orbitaire et l'oreille du côté droit furent pris d'élancements qui durèrent toute la nuit et cessèrent après le déjeuner. Le patient vint nous demander d'examiner sa première molaire inférieure droite qu'il croyait la cause des douleurs qu'il ressentait dans la canine. Cette dent, ainsi que toutes les autres du bas du même côté, était parfaitement saine.

La première prémolaire supérieure droite était cariée au deuxième degré à l'insu du patient et extrêmement sensible à l'instrument, insensible au chaud et au froid, insensible spontanément. Un pansement calme la douleur pendant deux jours ; elle revint et fut de nouveau supprimée par un pansement. Ce retour s'explique par le trop long intervalle des pansements qui n'étaient faits que tous les trois ou quatre jours ; la douleur finit par disparaître complètement malgré cet obstacle.

Observation VII (Ferrier).

Névralgie par pulpite chronique.

Juin 1884. Mme C..., fruitière, souffrait depuis quinze jours de névralgies qui occupaient le côté droit de la face. Elle vint nous trouver pour faire soigner les racines de la première molaire supérieure droite qu'elle accusait ; ces racines étaient dépourvues de pulpe depuis longtemps, sans périostite.

La troisième molaire supérieure droite était cariée au troisième degré avec persistance de la pulpe ; un pansement fut fait dans cette dent et, le soir même, la douleur était calmée ; mais la patiente ne revint pas, deux jours après les douleurs avaient repris toute leur intensité. Persuadée, malgré ce que nous lui avons dit, que ces racines en étaient cause, la malade alla se les faire enlever, le soulagement fut nul et la malade vint nous demander de nouveau de la calmer. Le pansement, cette fois, fut fait régulièrement, les douleurs disparurent dès le premier jour, et la dent fut obturée quinze jours après sans nouveaux accidents.

Observation VIII

Névralgie par exostose du cément.

13 juin. M. B..., 35 ans, ancien militaire, jouissant d'une très bonne santé, mais nerveux, souffrait depuis quelques jours de sa troisième molaire supérieure gauche et de névralgies à accès très irréguliers dans toute la partie gauche de la face et du cuir chevelu. Une tentative d'extraction enleva la couronne seulement. Les souffrances furent augmentées et décidèrent le patient à faire faire une deuxième tentative qui aboutit à l'extraction d'une racine et à des délabrements assez sérieux produits par un instrument qui alla s'enfoncer dans les parties molles qui recouvrent la branche montante du maxillaire inférieur.

Le soulagement fut nul, et quand nous vîmes le patient, il était dans un état d'exaspération et de nervosisme facile à comprendre après ces malheureux essais.

Il restait, en arrière de la deuxième molaire supérieure gauche, une racine mobile, sensible à la percussion, que le patient nous désigna comme l'origine de ses souffrances. L'extraction en fut faite et nous trouvâmes une légère exostose du cément à la partie moyenne, et à la partie supérieure, une résorption circulaire qui donnait à cette partie de la racine la forme d'une pointe très aiguë.

La douleur affreuse qui suivit l'extraction nous permit de supposer que la névralgie était due à la périostite accompagnant l'exostose, plutôt qu'à l'irritation partie de la petite pointe, cette racine n'étant pas soumise au choc de la mastication par suite du bon état de toutes les autres dents.

Nous avons su depuis que les douleurs ont cessé dans la soirée pour ne plus reparaître.

Observation IX

Névralgie par kyste périostique (para-dentaire).

29 février 1884. M. X... 35 ans, pointeur.

Conjonctivite double avec granulations surtout à gauche. Il y a deux mois le malade constata une petite tumeur au niveau de la racine de la deuxième prémolaire supérieure gauche. Cette douleur atteignit, sans provoquer de douleurs, le volume d'une noix. Depuis quelques jours la conjonctivite est devenue plus intense à gauche, elle s'accompagne de douleurs circumorbitaires et d'un peu de photophobie. On conseille au malade d'attendre quelques jours.

14 mars. Les douleurs névralgiques n'ont pas quitté le patient, la conjonctivite et la photophobie sont très intenses ; incision de la paroi du kyste au thermocautère et résection d'une portion de la paroi osseuse. Le patient accuse de suite un grand soulagement ; la photophobie disparaît instantanément ; une injection phéniquée fait sortir de la poche un liquide citrin contenant des cristaux de cholesterine.

Le 18 mars. Les douleurs névralgiques n'ont pas complètement cessé, revenant surtout le matin, elles partent de l'œil gauche et parcourent la mâchoire supérieure et quelquefois l'inférieure ; l'œil gauche est moins enflammé.

Le 28 mars. La conjonctivite diminue, les douleurs ont disparu. Un point douloureux seulement à la pression au trou sous-orbitaire.

Le malade a été revu souvent depuis, les douleurs n'ont pas reparu.

Observation X (Ferrier)

4 mars 1883. Mlle X..., 21 ans, entrepreneuse.

Névralgie depuis deux ans. Début pendant une première

grossesse. Accès très irréguliers, survenant de préférence la nuit ; dans l'intervalle des accès, pas de points douloureux. Très bonne santé du reste. Carie du troisième degré de la deuxième molaire inférieure gauche. On lui fait un pansement.

Le 7 mars les douleurs ont complètement cessé. La dent est obturée le 14 mars.

Observation XI (Ferrier)

14 mars 1884. Mlle X..., 17 ans.

Sujet anémique : les règles ont peine à s'établir et sont encore très irrégulières ; un peu d'hystérie. La malade souffre de douleurs névralgiques dans les trois branches du trijumeau de chaque côté depuis cinq ans. Accès très irréguliers dans leur apparition et leur durée ; quelquefois la patiente restait quinze nuits sans dormir ; les douleurs apparaissaient cependant, surtout le matin au lever, quelquefois le soir. Elles s'irradiaient dans le cou et l'épaule. La bouche est toujours pâteuse et amère. Rien du côté des yeux ; surdité prononcée à droite depuis le début des névralgies. Rien au cœur.

La patiente n'avait pas eu d'accès depuis un mois, elle a été reprise ces jours derniers.

Etat de la bouche :

Incisives médianes supérieures droite et gauche, carie du troisième degré sans pulpe.

Incisive latérale supérieure gauche, carie du deuxième degré insensibles.

Canine supérieure gauche, troisième degré avec pulpe.

Deuxième molaire supérieure droite, troisième degré insensible.

Première prémolaire supérieure gauche, deuxième degré insensible.

Deuxième molaire inférieure gauche, deuxième degré très sensible.

Dans le bas il ne reste à droite que la troisième molaire inférieure droite intacte, les autres molaires ont été enlevées à cause des névralgies, avec soulagement momentané ; pansement caustique dans la canine supérieure gauche, astringent dans les autres.

18 mars. Le soir du pansement, névralgie et douleur dentaire en même temps et des deux côtés, mais surtout à droite. Le lendemain les douleurs de toute espèce ont cessé complètement ; les dents ont pu être obturées quelques jours après, sans que la guérison ne soit démentie.

Observation XII (Hutchinson.)

Névralgie du globe oculaire et du front guérie par l'extraction d'une dent.

Mme Higdon, âgée de 28 ans, femme quelque peu affaiblie par un allaitement, vint à Moorfields le 16 janvier, disant qu'elle ne voyait pas de l'œil gauche. Un mois auparavant elle avait souffert de douleurs dans l'œil et dans le front. La douleur était violente à certains moments, mais pas constante. Elle avait le caractère nettement névralgique ; l'œil était larmoyant et irritable ; il ne pouvait suppporter la lumière et le patient ne pouvait lire que les grandes lettres capitales. La photophobie était telle que je ne pus bien déterminer son acuité visuelle. Elle disait qu'elle ne souffrait pas des dents, mais en l'examinant je trouvai à la mâchoire supérieure une dent cariée, sensible à la pression. Je lui conseillai de la faire enlever. Elle le fit et revint une semaine plus tard enchantée d'être débarrassée de tous les symptômes. L'œil n'était plus irritable, il n'y avait plus de photophobie, elle lisait facilement. Elle déclara que toute douleur dans le front et l'œil avait cessé après l'extraction du chicot.

CONCLUSIONS

1° Les névralgies faciales reconnaissent le plus souvent pour cause une lésion dentaire ; le peu d'importance accordée aux affections dentaires dans l'étiologie de la névralgie faciale, vient de ce que l'examen de la bouche n'est pas fait assez souvent, et que même dans les cas où cet examen est pratiqué, trop souvent le médecin est exposé à commettre des erreurs faute de connaissances spéciales.

2° Sans nier que la névralgie faciale soit dans bien des cas soumise à l'influence de maladies générales (hystérie, arthritisme dans ses diverses manifestations, maladies infectieuses), nous pensons que ces différentes maladies ne constituent le plus souvent que des causes prédisposantes, l'affection causale étant alors une lésion dentaire.

3° En tout état de cause le diagnostic de « névralgie d'origine dentaire » ne pourra être affirmé qu'en pré-

sence des résultats obtenus par un traitement dentaire approprié.

4° Les constatations anatomo-pathologiques qui ont été faites, soit au cours d'autopsies, soit sur des portions de nerfs réséqués dans un but thérapeutique ; l'allure symptomatique des névralgies dentaires ; la nature infectieuse de la plupart des affections dentaires qui en sont le point de départ ; leur analogie avec certaines névralgies reconnaissant une origine inflammatoire et infectieuse nous permettent de dire que : selon toute vraissemblance, la théorie infectieuse semble devoir expliquer la majeure partie des névralgies faciales relevant de lésions dentaires.

5° Nous faisons une place moins importante aux névralgies faciales produites par un réflexe à point de départ dentaire.

6° Le diagnostic des névralgies dentaires relativement facile pour les spécialistes, peut souvent échapper aux médecins ; le pronostic de la névralgie faciale commune d'origine dentaire n'est pas grave ; le diagnostic assuré conduit à un traitement généralement simple qui amène le plus souvent la guérison de l'affection.

Le Président de Thèse,
BRISSAUD.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Rigal. — Cause et pathogénie des névralgies. Paris, 1872.

Auber. — Las neuralgias en las anemias. *Ann. de cien. medic.* Madrid, 1877 (262-269).

Serwill. — Two cases of trigeminal neuralgia and trismus associated with loos of teeth. *Brit. M. J. Lond.* (137), 1897.

Quermon. — Etude sur la pathogénie des névralgies. Paris, 1884.

Artières. — Névralgies hystériques, en particulier névralgies faciales. *Th.*, Paris, 1890-1891.

Lamotte. — Névralgie faciale. 1891-1892.

Caroli. — Névralgie faciale (traitement chirurgical). *Th.*, Paris, 1895-1896.

Majewska. — Névrites ascendantes. *Th.*, Paris, 1896-1897.

Bejarano. — Névralgie faciale (traitement par résection totale du trijumeau périphérique. *Th.*, Paris, 1898-1899.

Lehmann. — Névralgies grippales. *Th.*, Paris, 1900-1901.

Jourdanne. — Névralgies paludéennes. *Th.*, Paris, 1901-1902.

Marchand. — Névralgies d'origine dentaire. *Journal des Praticiens*, n° 14, p. 159, 1895.

Parmend. — Des accidents de dentition. *Bullelin de l'Académie de médecine*, 9 août 1893.

Parisot. — Des accidents de la première dentition. *Th.*, Paris, 1893.

Hulme. — On calcification of the dental pulp. London, 1861. (Repr. fron. *Tr. Coll. Dentist England*, 1861.)

Hutchinson. — Reflex nervous disturbance caused, by dental irritation. *Tr. Odont. Soc. Brit. Lond.*, 1885 (6-8).

Miller (J.). — O severe case of irritation of the superior maxillary nerv and its connections caused by the roots of a diseased molar. *Indian M. Gaz. Calcutta*, 1886 (12).

Rafu. — Névralgie du dentaire inférieur avec résection du dentaire inférieur. *Associat. de chir. franç.* Proc.-verb. Paris, 1895.

Faucon. — De la résection du bord alvéolaire dans la névralgie des nerfs dentaires. *J. des Sc. médic. de Lille*, 1895 (217-224).

Sanchez Herrero. — Genesis de las neuralgias y sus variedades etiologicas. *Correo medico castellano, Salamanca.* 1885 (43-73).

Krauss. — A curious case of malarial neuralagia. *Canada Lancet Toronto*, 1884-85 (193-195).

Boisson (P.-O.-A.). — Etude clinique sur les troubles trophiques de la névralgie trifaciale. Paris, 1876.

Fussel. — Malarial neuralgia. *Medic. et Surg. Reporter Phila.* 1887 (574).

Jacquet. — Pelade et lésions dentaires. *Annales de Dermat. et Syph.* Paris, 1900, II (151-153).

— Syndrôme néo-dentaire avec pelade. *Bulletin et Mém. Soc. médic. Hop.* Paris, 1902 (771-775).

Ducrequy. — Névralgie bi-maxillaire du trijumeau accompagnée d'éruption vésiculaire et consécutive à l'extraction des dents. *Revue de Stomat.* Paris, 1902 (432-433).

Ferrier (J.). — Des névralgies réflexes d'origine dentaire. *Th.*, Paris, 1884.

Hélie. — D'une forme de névralgie maxillaire, névralgie des édentés. *Th.*, Paris, 1884.

Agulhon de Sarran. — Traitement des névralgies d'origine dentaire. *Conc. méd.* Paris, 1883, n° 601 ; 1884, n° 305.

Cosselin. — Névralgie sus-orbitaire avec phéno. de voisinage du côté de l'œil consécutive à une dent gâtée. *Gaz. des Hôp.* Paris, 1876 (522).

Walleix. — Note sur un cas de névralgie trifaciale causée par la carie d'une dent molaire. *Arch. gén. de méd.* Paris, 1843 (468).

Coutin. — Etiologie et pathogénie des névralgies. *Th.*, Lyon, 1898.

Ollagnier. — Des troubles oculaires et auriculaires dans le cours des affections dentaires. *Th.*, Lyon, 1899.

Talma. — Mémoire sur quelques observations douloureuses de la tête déterminées par des altérations organiques et spécialement par l'exostose de la racine des dents. *Arch. de méd. belge.* Bruxelles, 1849 (76-90).

Rosenthal. — Névralgies d'origine dentaire. *Policlin.* Bruxelles, 1898 (107-113).

Fergusson. — Intravertebral neurotomy for neuralgia. *Chicago M. Recorder.*, 1898 (405-408).

Mercier. — Névralgie par compression osseuse, résection du nerf dentaire, guérison. *Union méd. Canada.* Montréal, 1898 (608).

Friedrichs. — Reflex neuralgia dependent upson dental irritation. *Tr. Louisiana M. Soc. N. Del.*, 1887 (99-107).

Mengin. — Asthénopie, douleurs périorbitaires. *Rec. d'opht.*, Paris, 1880 (20-22).

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE).